

Veränderung ängstlicher und aggressiver Affekte
schizophrener Patienten bei einer stationären
psychiatrischen Behandlung.

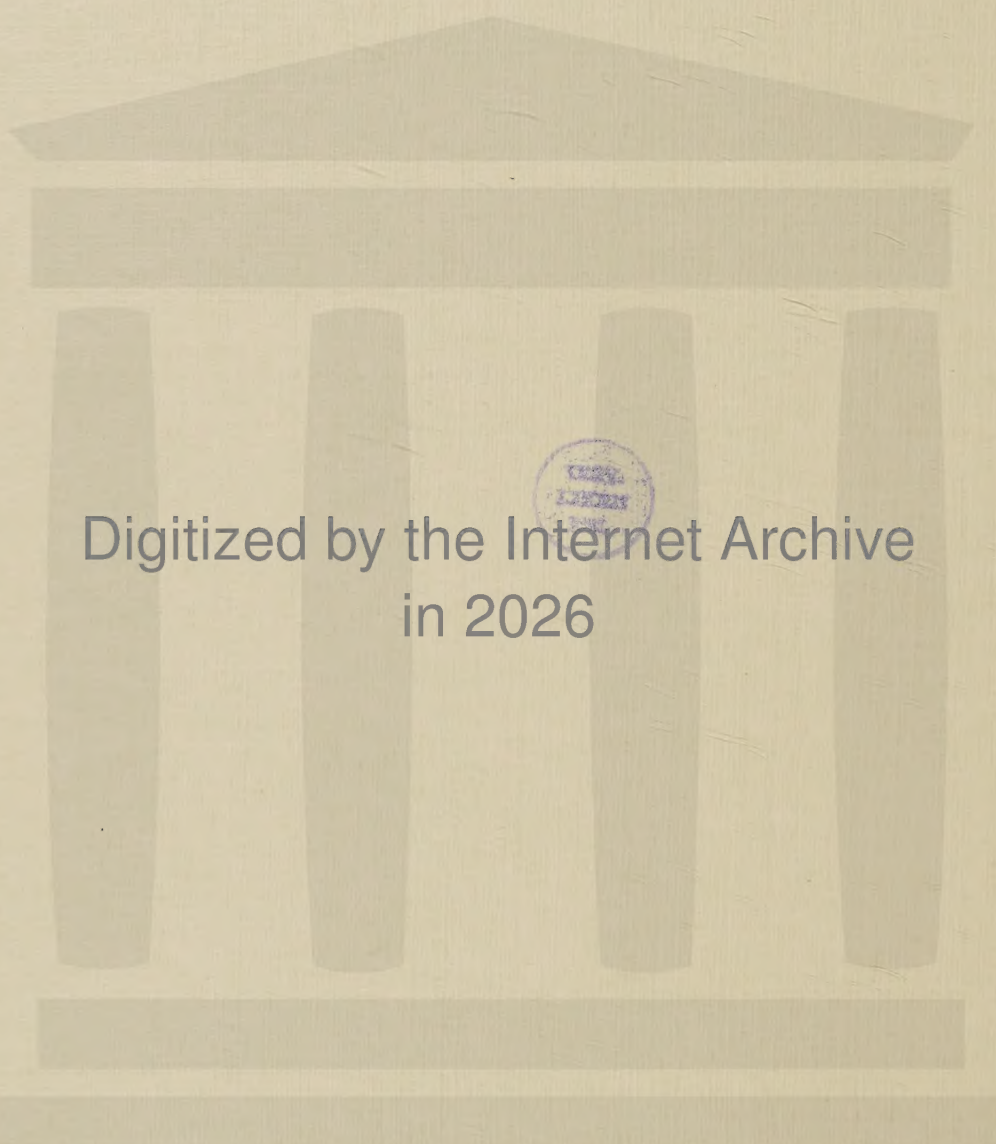
Eine Untersuchung
mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i.Br.

vorgelegt
von

Dr. med. Aribert MUHS
aus HOF

Freiburg 1982



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545323_0001

Veränderung ängstlicher und aggressiver Affekte
schizophrener Patienten bei einer stationären
psychiatrischen Behandlung.

Eine Untersuchung
mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i.Br.

vorgelegt
von

Dr. med. Aribert MUHS
aus HOF

Freiburg 1982

Referent: Prof.Dr.Dr. U. Koch
Korreferent: Prof.Dr. J. Mischo
Sprecher: Prof.Dr. V. Schupp
Tag der Promotion: 17.12.1982

G l i e d e r u n g

Seite

1.	<u>T h e o r e t i s c h e r T e i l</u>	10
1.1	<u>Schizophrenie</u>	10
1.1.1	<u>Häufigkeit</u>	10
1.1.2	<u>Ätiologie</u>	11
1.1.2.1	Vererbung	11
1.1.2.2	Somatische Zwischenglieder	14
1.1.2.3	Psychologische und soziologische Faktoren	17
1.1.2.3.1	Soziologische Faktoren	17
1.1.2.3.2	Psychologische Faktoren	19
1.1.2.3.2.1	Psychoanalytische Theorie	19
1.1.2.3.2.2	Familientherapeutische Forschungsrichtung	27
1.1.2.3.2.3	Kommunikationstheorie	30
1.1.2.3.2.4	Experimentalpsychologische Theorien	32
1.1.2.3.2.5	Uncharakteristische Basisstörungen	37
1.1.2.4	Zusammenfassende Betrachtung über die ätiologischen Vorstellungen	39
1.1.3	<u>Diagnosestellung</u>	41
1.1.3.1	Konzepte zur Diagnosestellung	41
1.1.3.2	Diagnosestellung nach der I C D	44
1.1.3.3	Einige kritische Überlegungen zur Schizophrenie-Diagnose	47
1.1.3.4	Das verwendete Schizophrenie-Konzept	50
1.1.4	<u>Verlauf</u>	51
1.1.5	<u>Differentialdiagnose</u>	54
1.1.6	<u>Therapie</u>	54

1.2	<u>Erfassung von Affekten mit dem Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalytischen Verfahren</u>	58
1.2.1	<u>Affektstörungen und ihre Bedeutung im Schizophrenie-Konzept</u>	58
1.2.2	<u>Grundannahmen des Gottschalk-Gleser-Verfahrens</u>	65
1.2.3	<u>Methode</u>	66
1.2.4	<u>Beschreibung der Skalen</u>	67
1.2.4.1	Aggressivitätsskalen	67
1.2.4.2	Angstskalen	69
1.2.5	<u>Auswertungstechnik</u>	72
1.2.6	<u>Anwendungsbereich</u>	73
1.2.6.1	Psychopharmakologische Studien	73
1.2.6.2	Psychophysiologische Studien	75
1.2.6.3	Natürliche Texte	77
1.2.7	<u>Weiterentwicklungen</u>	78
1.2.7.1	Skalenweiterentwicklung	79
1.2.7.2	Modifizierung der Standardinstruktion	80
1.2.8	<u>Untersuchungen an Schizophrenen</u>	81
1.2.9	<u>Die deutsche Adaptation der Gottschalk-Gleser-Skalen</u>	83
1.2.10	<u>Kritische Gesichtspunkte</u>	90

2.	<u>Empirischer Teil</u>	93
2.1	<u>Spezifische Fragestellung und Untersuchungsplan</u>	93
2.2	<u>Durchführung der Sprachprobenerhebung</u>	96
2.3	<u>Auswertung</u>	101
2.4	<u>Stichprobe</u>	106
2.4.1	<u>Krankheitsvorgeschichte</u>	110
2.4.1.1	Diagnoseuntergruppen	110
2.4.1.2	Alter bei der jetzigen Aufnahme	113
2.4.1.3	Alter bei der ersten Aufnahme	115
2.4.1.4	Anzahl der Voraufnahmen und Distanz zum letzten Aufenthalt	116
2.4.1.5	Schichtzugehörigkeit, Berufsgruppenzugehörigkeit, soziales Umfeld vor und nach der stationären Behandlung	117
2.4.2	<u>Genese der Patientinnen</u>	123
2.4.3	<u>Stationäre Behandlung</u>	125
2.4.3.1	Dauer des Aufenthaltes und Dauer des Schubes	125
2.4.3.2	Situative Einflüsse durch Isolierung, Unterbringung und Kontakt zu den Angehörigen	127
2.4.3.3	Anzahl der Medikamente, Medikamentenkombination und Präparateart, Zwischenmedikation nach der Entlassung	130
2.4.4	<u>Alter, Schichtzugehörigkeit, Stellung im sozialen Umfeld, Einstellung zur Therapie und psychische Krankheit der Angehörigen</u>	134
2.4.5	<u>Zusammenfassung der Sozial- und Krankheitsdaten</u>	137

2.5	<u>Ergebnisse</u>	138
2.5.1	<u>Effekte der Selbstbild- und Fremdbild- instruktion auf die Affektskalen</u>	139
2.5.1.1	Vergleich der Selbstbilder	139
2.5.1.2	Vergleich der Selbstbilder mit dem Fremdbild des Patienten	141
2.5.1.3	Vergleich der Selbstbilder der Patienten mit dem Fremdbild des Angehörigen über den Patienten	143
2.5.1.4	Vergleich der Fremdbilder von Patienten und Angehörigen	146
2.5.1.5	Effekte der Selbst- und Fremdbilder auf die einzelnen Skalen	148
2.5.1.6	Vergleich der Affekt-Scores der schizophrenen Patienten mit einer Normalstichprobe und anderen klinischen Gruppen	150
2.5.1.7	Zusammenfassung	160
2.5.2	<u>Effekte der Sozialdaten auf die Selbst- und Fremdbilder</u>	162
2.5.2.1	<u>Effekte der Selbst- und Fremdbilder sowie der Sozialdaten auf die Affektskalen</u>	165
2.5.2.1.1	Diagnose	166
2.5.2.1.2	Alter bei der Aufnahme	170
2.5.2.1.3	Schichtzugehörigkeit	173
2.5.2.1.4	Privates Umfeld nach der Entlassung	177
2.5.2.1.5	Berufliches Umfeld nach der Entlassung	179
2.5.2.1.6	Anzahl der Medikamente	182
2.5.2.1.7	Medikamentenkombination	186
2.5.2.1.8	Einstellung zur Therapie	189
2.5.2.1.9	Isolierung	192
2.5.2.1.10	Kontakt zu den Angehörigen	196
2.5.2.1.11	Dauer des Aufenthaltes	200
2.5.2.1.12	Schwere der Symptomatik	203
2.5.2.1.13	Einstellung des Angehörigen zur Therapie	203
2.5.2.1.14	Psychische Krankheit des Angehörigen	210

2.5.2.2	<u>Effekte der Sozialdaten auf die Affektwerte im Selbstbild der Patienten im Verlauf</u>	212
2.5.2.3	<u>Effekte aller Sozialdaten auf die einzelnen Selbst- und Fremdbilder</u>	217
2.5.2.3.1	Selbstbild	217
2.5.2.3.2	Fremdbild der Patienten	219
2.5.2.3.3	Fremdbild der Angehörigen	219
2.5.2.3.4	Vergleich der Selbst- und Fremdbilder untereinander	219
2.5.2.4	<u>Effekte der Selbstbild- und Fremdbildinstruk- tion und der Sozialdaten auf die einzelnen Skalen</u>	222
2.6	<u>Zusammenfassung und Interpretation</u>	226
3.	<u>L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s</u>	240
4.	<u>A n h a n g</u> : Tabellen mit signifikanten Ergebnissen der Sozialdaten- analyse	267

Anliegen der Untersuchung

Das Erleben schizophrener Patienten im Schub ist gewöhnlich für deren Umgebung so unverständlich und uneinfühlbar, daß die Menschen des nahen Lebensraumes sich unfähig fühlen, zu helfen. Der Patient kapselt sich ab, verliert den Kontakt zur Umwelt. Er wirkt unberechenbar, spricht zu jemandem, der nicht anwesend ist, lacht ohne verständlichen Grund und antwortet auf die Fragen, warum er das tut, mit nicht nachvollziehbaren Erklärungen. So kommt es, daß sich Beziehungspersonen häufig ängstigen und vom Patienten bedroht fühlen. Manche ziehen sich vom Patienten zurück und erst durch seine aggressiven Verhaltensweisen anderen Personen gegenüber oder durch Verhalten, das von großer Ratlosigkeit und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist, werden andere Menschen aufmerksam und der Patient gelangt an medizinische Hilfe. Zum Teil jedoch wird der Patient von seinen Angehörigen selbst zum Arzt gebracht. Dabei fallen immer wieder die hoch emotional aufgeladenen Beziehungen zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen auf.

Diese Untersuchung möchte einen Beitrag zur Untersuchung der Affektstörungen der schizophrenen Patienten leisten, um damit mehr Verständnis für den Patienten, seine Krankheit und seine gestörten Beziehungen zu erlangen.

Der erste Teil der Arbeit gibt einen kritischen Überblick über die neuesten Ergebnisse der Ursachen-, Familien- und Erbforschung bei den Schizophrenien. Es werden Klinik, Symptomatologie, Verlauf und therapeutische Möglichkeiten dargestellt.

Im methodischen Teil der Arbeit werden schizophrene Patienten während einer stationären Behandlung untersucht. Dies ermöglicht eine Beurteilung im akuten Schub, im Verlauf und nach Genesung und damit einen Beitrag zu der Frage, wie situative und medikamentöse Komponenten des klinischen Settings einer psychiatrischen Aufnahme-

station Einfluß auf den Patienten und seine Krankheit haben. Im Vordergrund der Untersuchung steht dabei die Affektmessung. Dazu wird das Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalytische Verfahren zur Affektmessung eingesetzt, das in einem gesonderten Teil der Arbeit eingehend dargestellt wird und dessen bisherige Forschungsergebnisse referiert werden. Hier nun wird das Verfahren in einer Verlaufsstudie von Schizophrenen im Schub eingesetzt. Darüberhinaus gilt das Interesse der Beziehung zwischen Patienten und Angehörigen; hierzu werden Affektmessungen im Fremd- und Selbstbild durchgeführt. Um möglichst spezifische Ergebnisse zu erhalten, werden in einem weiteren Teil der Arbeit Einflüsse durch Sozial- und Krankheitsdaten parallelisiert.

1. T h e o r e t i s c h e r T e i l

1.1 Schizophrenie

Zunächst soll in diesem Teil der Arbeit auf das Krankheitsbild der Schizophrenie näher eingegangen werden. Nach Erörterungen über die Häufigkeit dieser Erkrankung werden heutige ätiologische Vorstellungen organischer, soziologischer und psychologischer Art dargestellt. Dann wird das Problem der Diagnosestellung und Differentialdiagnose erläutert. Abschließend wird Verlauf, Prognose und therapeutische Bemühungen im ergo-, psycho- und medikamentösterapeutischen Bereich und präventive Ansätze aufgezeigt.

1.1.1 Häufigkeit

Nach den Literaturübersichten von Zerbin-Rüdin (1979) und Cooper (1978) sind 20% bis 25% der Erstaufnahmen in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Mehr als die Hälfte der chronisch hospitalisierten Patienten haben oder hatten ursprünglich die Diagnose Schizophrenie. Etwa 1% bis 2% der Bevölkerung kommen mindestens einmal in ihrem Leben mit der Psychiatrie in Verbindung, etwa 0.3% der Bevölkerung befinden sich mit dieser Diagnose pro Jahr in Behandlung.

Zahlen über die genaue Häufigkeit der Schizophrenie sind wegen des Problems der abortiven, latenten Schizophrenien nicht zu erlangen. Im Gegensatz zur Zykllothymie sind Frauen nicht häufiger als Männer betroffen. Die Schizophrenie kann sich in jedem Lebensalter vom 1. bis zum 7. Lebensjahrzehnt manifestieren. Die Mehrzahl der schizophrenen Erkrankungen – etwa 60% – beginnt zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr, etwa 25% im 4. Lebensjahrzehnt, 14% nach dem 4. Lebensjahrzehnt und 2% vor dem 14. Lebensjahr.

Interkulturelle Vergleiche und Verlaufsforschungen ergeben übereinstimmende Ergebnisse zur Erkrankungshäufigkeit und

dem Erkrankungsalter bei unterschiedlicher Bevorzugung der einzelnen Erscheinungsformen in den jeweiligen Kulturen (Huber 1981).

1.1.2 Ätiologie der Schizophrenie

Im 19. Jahrhundert hielt man die Schizophrenie für eine Gehirnkrankheit. Zwar war man nicht ablehnend gegenüber psychogenen Mechanismen, aber man billigte ihnen nur Einflüsse bei Folgeerscheinungen der Erkrankung zu als Reaktionen der gesunden Teile der Persönlichkeit auf das organische Grundleiden.

Im 20. Jahrhundert gewann die psychodynamische Theorie an Bedeutung. Zunächst wurden die Störungen ausschließlich auf familiäre Spannungen, Kommunikationsstörungen, menschliche Isolierung und schlechte soziale Verhältnisse zurückgeführt. Zur gleichen Zeit faßte aber die Soziologie und Psychologie Fuß, die Gesetzmäßigkeiten fand, wonach Erbfaktoren an der Entstehung der Schizophrenie aufgrund der Zwillings- und Adoptionsforschung als erwiesen gelten können. Die Psychologie zeigt typische psychodynamische Abläufe auf und führt sie auf frühkindliche Störungen zurück. Pathologische Kommunikationsstile werden deutlich und pathologische Familienstrukturen. Biochemiker weisen auf die Bedeutsamkeit psychoaktiver Stoffe für die Schizophrenie hin.

1.1.2.1 Vererbung

Der gegenwärtige Stand der Untersuchung der Vererblichkeit der Schizophrenie zeigt, daß bei der Schizophrenie genetische und nicht-genetische Faktoren beteiligt sind. Übereinstimmend wurde eine von den Stiefgeschwistern über Halbgeschwister, Geschwister, Kinder bis zu eineiigen Zwillingen ansteigende Schizophrenie-Häufigkeit gefunden (Abb. 1). Bei 2 schizophrenen Elternteilen erkrankten ein Drittel bis die Hälfte der Kinder, die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei einem schizophrenen Elternteil wird mit 9% bis 16% angegeben (Abb. 2). Eineiige Zwillinge werden viermal häufiger

Abb. 1: Erkrankungsrisiko an Schizophrenie, zusammengestellt aus den wichtigsten Untersuchungen verschiedener Autoren. (Aus Zerbin-Rüdin) In Klammern stehen die aus allen verfügbaren Untersuchungen errechneten Mittelwerte.

Verwandtschaftsgrad zu einem Schizophrenen	Erkrankungswahrscheinlichkeit (korrigierte Prozentziffern)	
Eltern	5—10	(6,3 ± 0,3)
Kinder	9—16	(13,7 ± 1,0)
Geschwister	8—14	(10,4 ± 0,3)
ZZ	5—16	
EZ	20—75	
Kinder zweier erkrankter Eltern	40—68	
Halbgeschwister	1— 7	(3,5 ± 1,7)
Stiefgeschwister	1— 8	
Enkel	2— 8	(3,5 ± 0,7)
Vettern und Basen	2— 6	(3,5 ± 0,4)
Neffen und Nichten	1— 4	(2,6 ± 0,3)
Onkel und Tanten	2— 7	(3,6 ± 0,3)
Großeltern	1— 2	(1,6 ± 0,5)
Durchschnitt	0,85	

schizophren, als zweieiige. Getrennt aufgewachsene eineiige Zwillinge erkrankten etwa ebenso oft wie zusammen aufgewachsene, nämlich 60% bis 80%. Bei zweieiigen liegt die Erkrankungskonkordanz bei 5% bis 16%, bei Geschwistern von Schizophrenen bei 8% bis 12% (siehe ausführlich bei Zerbin-Rüdin 1979). Bei der Untersuchung von Diskordanzen von eineiigen Zwillingspaaren, bei denen also nur einer schizophren war, stellte sich heraus, daß die Nachkommen des schizophrenen Zwillingsteils ebenso oft erkrankten (12%) wie die Nachkommen der gesunden (9%). Kinder von Schizophrenen, die in andere Familien wegadoptiert wurden, erkrankten später ebenso häufig an Schizophrenie, wie die Geschwister, die bei den Eltern blieben (Abb. 3). Von Schizophrenen adoptierte Kinder, ohne erbliche Vorbelastung erkrankten nach den bisherigen Untersuchungen nicht an Schizophrenie. In Paaren in denen nur der eine Zwilling an Schizophrenie erkrankte, ließen sich praktisch nie dramatische Unterschiede in der Lebensgeschichte und im allgemeinen Gesundheitszustand feststellen. Es schälte sich allerdings die Feststellung heraus,

Abb. 2: Konkordanz für Schizophrenie bei eineiigen (EZ) und zweieiigen (ZZ) Zwillingspaaren. Die eingeklammerten Zahlen enthalten unsichere Fälle bzw. Schizophrenien im weiteren Sinne.

Autor		Her- kunfts- land	Zahl der Paare		Konkordanz in %		Ver- hältnis EZ : ZZ
			ZZ	EZ	ZZ	EZ	
Luxenburger	1928	Deutschl.	48	17	2,1	76,5	36,4
Rosanoff	1934	USA	101	41	10,0	61,0	6,1
Essen-Möller	1941	Schweden	24	7	8,3	14,3	1,7
					(16,7)	(71,4)	(4,3)
Kallmann	1946	USA	517	174	14,7	85,8	5,8
Kallmann (umge- rechnet v. Shields et al.)	1967	USA	517	174	9,1	59,2	6,5
					(10,3)	(69,0)	(6,7)
Slater	1953	England	115	41	11,3	68,3	6,0
Inoue	1961	Japan	17	55	11,8	60,0	5,1
Théri	1963	Finnland	21	16	4,3	0	—
Théri	1968	Finnland	—	17	—	6,0	—
					(36,0)		
Kringlen	1966	Norwegen	134	40	6,0	30,0	5,0
Kringlen	1968	Norwegen	90	55	4,0	25,0	6,3
					(10,0)	(38,0)	(3,8)
Fischer et al.	1969	Dänemark	41	21	9,8	23,8	2,4
					(19,5)	(47,6)	(2,4)
Pollin et al.	1969	USA	146	80	4,1	13,8	3,4
Gottesman u. Sullivan	1972	USA	33	22	9,1	60,0	5,5

(Aus Zerbin- Rüdin)

daß der schizophrene Zwillling als Kind gewöhnlich eine schwächere Konstitution hat, introvertierter war und in der Schule weniger erfolgreich war als sein gesund gebliebener Zwillingspartner (Fischer 1972).

Über die Vererbung dieser schizophrenen Disposition herrscht allerdings noch keine einheitliche Meinung. Zerbin-Rüdin (1979) gibt einen Überblick über die derzeitigen Erbgangshypothesen: Zur Stützung eines rezessiven oder dominanten Erbganges muß man Hilfhypothesen wie Manifestationsschwankungen, Nebengene und Umwelteinflüsse auf die Gene heranziehen. Neuerdings wird deshalb die Theorie der Polygenie vertreten. Damit könnten die große Variabilität in der Symptomatik und Schwere der schizophrenen Erkrankung und Höhe der Konkordanz bei eineiigen Zwillingen und die Zunahme des Erkrankungsrisikos für eine Person mit Zunahme der Zahl

Abb. 3: Erkrankungsrisiko von Kindern Schizophrener, die in fremde Familien adoptiert wurden. (Aus Zerbin-Rudin)

Autor	Herkunfts- land	Kinder		
		Gesamt- zahl	Schizo- phrenie %	Schizophrenie- Spektrum- Diagnosen %
Karlsson 1966	Island	17	29	—
Heston 1966	USA	47	16	—
Rosenthal et al. 1966	Dänemark	76	4	32

ihrer kranken Verwandten erklärt werden. Demgegenüber steht die Theorie der Heterogenie, wonach mehrere Gene oder Genkomplexe allein eine Schizophrenie erzeugen können. Diese Theorie wird auch bei anderen genetisch uneinheitlichen Krankheitsgruppen wie Muskeldystrophien herangezogen. Jedoch besitzen Erörterungen über den formalen Erbgang nur mehr insofern eine Bedeutung, als bestimmte Forschungsstrategien abgeleitet werden können, wie z.B. neurochemische Untersuchungen aus monogenen Theorien und die Suche nach Einzelsyndromen oder Teilleistungsschwächen aus polygenen Theorien.

1.1.2.2 Somatische Zwischenglieder: Morphologie und Biochemie

Seit Mitte der 50er Jahre werden hirnatrophische Prozesse bei Schizophrenen vermutet, jedoch gibt es wenig eindeutige pathologisch-anatomische Befunde. Durch die Verbreitung der cranialen Computertomografie konnten in den letzten Jahren größere schizophrene Klientele untersucht werden, wo früher durch die komplikationsreichere Pneumencephalografie diagnostische Einschränkungen gegeben waren. Bei chronisch schizophrenen Patienten ergaben sich Korrelationen zwischen

Ventrikelerweiterung und schlechten kognitiven Leistungen, aber keine bezüglich des Alters und der Vorbehandlung (Johnstone 1976, Weinberger 1979, Donnelly 1980). Allerdings prädisponiert das Vorhandensein eines schweren Residualzustandes nicht zu im CCT faßbaren morphologischen Veränderungen (Mundt 1980). Dennoch ist bemerkenswert, daß Huber (1980) zwar computertomografisch keinen sicher pathologischen Befund bei schizophrenen Patienten mit Vollremission und chronisch psychotischen Strukturverformungen fand, dagegen in 74% pathologische Befunde vornehmlich im Bereich des dritten Ventrikels im Sinne einer Hirnatrophie des limbischen Systems bei Kranken mit deutlichen Zeichen einer irreversiblen Potential-Reduktion. Diese Abweichungen werden jedoch als nicht spezifisch bezeichnet (Bellaire 1982).

Die biochemische Hirnforschung der Schizophrenie hat in den letzten 20 Jahren eine Fülle von Ergebnissen hervorgebracht. In erster Linie wird als Ursache schizophrener Erkrankungen Störungen im dopaminergen Neuronensystem verantwortlich gemacht. Dabei werden heute drei voneinander abgrenzbare dopaminerge Systeme unterschieden: das mesolimbische, nigro-striäre und das tubero-infundibuläre dopaminerge System (Iverson 1978, Gross 1981). Nach der Dopamin-Hypothese können schizophrene Psychosen durch Substanzen, die die Verfügbarkeit von Dopamin an den Dopamin-Rezeptoren bestimmter Hirnsysteme erhöhen, provoziert werden. So kommt einmal ein Dopamin-Überschuß am Rezeptor aufgrund eines Anstieges der Dopamin-Konzentration in Betracht, weiterhin eine höhere Empfindlichkeit der Dopamin-Rezeptoren, aber auch ein relatives Überwiegen des dopaminergen Systems, wenn andere in Wechselwirkung stehende Neuronensysteme in ihrer Wirkung herabgesetzt sind. In Bezug auf einen Dopamin-Überschuß wurde eine Störung im Dopamin-Abbau diskutiert. So konnte eine erniedrigte Aktivität der Dopamin- β -Hydroxylase (Hartmann 1977) und der Monoamin-Oxydase (Wyatt 1975) bei Schizophrenen nachgewiesen werden. Hinweise für eine

erhöhte Rezeptorenempfindlichkeit liefert der Nachweis einer erhöhten Aktivierung des Adenylat-Zyklase-Systems bei Schizophrenen (Matussek 1980). In den dopaminergen Regelkreis greifen zusätzlich Endorphine und Enkephaline ein. Diese erst in jüngster Zeit gefundenen Stoffe sollen für unterschiedliche psychopathologische Phänomene verantwortlich sein (Schulz 1978). Die Störungen im Dopamin-System haben offenbar nicht so sehr unmittelbare als mittelbare Einflüsse, insofern als die regelkreisartigen Beziehungen mit anderen Neuronensystemen gestört sind, des Acetylcholin-Systems, GABA-Systems (γ -Amino-Buttersäure), Noradrenalin-Systems, Serotonin-Systems. In jüngster Zeit wurde eine erhöhte noradrenerge Aktivität bei paranoid-halluzinatorischen Patienten bei erhöhtem Noradrenalin-Spiegel im Liquor festgestellt (Lake 1980). Auch eine Auswirkung auf das glutamaterge Neuronensystem mit Verminderung des Glutamats im Liquor von Schizophrenen auf die Hälfte der Norm wurde nachgewiesen (Kornhuber 1981), allerdings wird dies z.T. auf Neuroleptikawirkung zurückgeführt (Gattaz et al. 1982). Das Dopamin-System scheint in der Gruppe der Neurotransmitter eine Sonderstellung als Neuromodulator einzunehmen. Typisch ist dafür eine fehlende sogenannte Punkt-zu-Punkt-Innervation und der Langzeitcharakter der intrazellulären Auswirkungen in den Zielzellen. Es handelt sich dabei um modulierende Einwirkungen auf intraneuronale Kommunikationsprozesse im Sinne einer Steuerung der Kanalkapazität (Hartmann 1982). Das klinische Bild mit seiner großen Variabilität und den schubweisen Verläufen und wiederholten Remissionen paßt gut zu der Vorstellung, wonach der Defekt in einem Regulationsmechanismus liegt.

Neuroleptika greifen in diese Störung durch einen Dopamin-antagonistischen Effekt ein. Dieser antagonistische Effekt kann mittelbar über die durch Dopamin hemmbare Prolaktin-Sekretion am Serum-Prolaktin-Spiegel beurteilt werden. Mit noch größerer Spezifität scheint der LH-Spiegel (Luteinisierendes Hormon) auf Dopamin-Konzentration zu reagieren,

was auf die Bedeutung des hypothalamischen Dopamin-Systems bei Schizophrenen hinweist (Gold 1980). Dieser klinisch nachweisbare Dopamin-antagonistische Effekt wird einmal auf die Hemmung der Dopamin-Stimulierung über das Adenylat-Zyklase-System erklärt und weiterhin durch Hemmung der Dopamin-Bindung am Dopamin-Rezeptor im nigro-striären und mesolimbischen System. Man nimmt an, daß der antipsychotische Effekt auf die Wirkung im mesolimbischen System beruht, während die Beeinflussung des nigro-striären Systems für die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen verantwortlich ist (Costall 1977, Ackenheil et al. 1978). Die therapeutische Wirksamkeit des betreffenden Medikamentes ist dabei von der Verdrängungsrate am Rezeptor abhängig, andererseits aber auch von der Lokalisation der Neuroleptika-Wirkung. So scheinen die Beeinflussung des nigro-striären, mesolimbischen und tubero-infundibulären Dopamin-Systems unterschiedlich mit anderen Transmittersystemen zu interagieren und durch unterschiedliche Verstoffwechselung des Dopamins sich auszuzeichnen (Julou 1977).

Die Tatsache einer erblichen Disposition steht in Verbindung zu den in diesem Abschnitt dargestellten biochemischen Abweichungen zentral-nervöser Funktionen bei Schizophrenen. Die genetischen Faktoren wirken vermutlich mittels biochemischer Mechanismen, die für Umweltbedingungen aller Art empfänglich sind. Man weiß noch wenig über die Beziehung dieser Umweltbedingungen zu den biochemischen Stoffwechselvorgängen, aber man hat bestimmte Umweltkonstellationen bei Schizophrenen aus soziologischer und psychologischer Richtung herausgefunden, auf die ich im Folgenden eingehen möchte.

1.1.2.3 Psychologische und soziologische Faktoren

1.1.2.3.1 Soziologische Faktoren

In Bezug auf Schizophrenie-Häufigkeit in den sozialen Schichten wurden Erhebungen in mehreren Städten durchgeführt: Chicago (Faris, Dunham 1939), Baltimore (Pasamanick 1952),

Stirling Country (Leighton 1952), New Haven (Hollingshead & Redlich 1953), Manhattan (Srole et al. 1953), Manchester (Adelstein 1968), Mannheim (Häfner & Reimann 1970). Nach diesen Untersuchungen kommt Schizophrenie häufiger in den unteren sozialen Schichten und in Industriezentren der großen Städte vor. Ob die an solchen Orten herrschenden schlechteren psychohygienischen Verhältnisse die Erkrankung begünstigen, oder ob der niedrigere soziale Status eine Folge der Psychose ist, oder des präpsychotischen Verhaltens, kann vorerst nicht entschieden werden.

Mit unterschiedlichen soziologischen Theorien wird der Einfluß soziologischer Faktoren auf die schizophrene Erkrankung erklärt: Mangelnde intellektuelle Förderung, materielle Entbehrung, eingeschränkte Perspektive in der unteren Sozialschicht führen schneller zum Versagen bei der Ausbildung und im Beruf, begünstigen so auslösende Situationen, die bei vorgegebener Disposition Schizophrenien auslösen können ("Non-starter-Hypothese", Dörner 1980). Partnerschaftliche Probleme und berufliche Schwierigkeiten können zu einer apathischen Lebenseinstellung führen, so daß von einer eventuell zunächst höheren sozialen Ausgangslage der Kranke in niedere Schichten absinken kann ("Drift-Theorie"). Diese Theorie wurde unter anderem zur Erklärung von Schwankungen von Schizophrenie-Raten in spezifischen geographischen Gebieten benutzt, die aufgrund des Driften durch Umzüge in sozial niedere Stadtgebiete verursacht werden können (Dunham 1939). Eng mit dieser Theorie ist die Mobilitäts-Theorie verbunden, die eine erniedrigte Selbsthaftigkeit Schizophrenen postuliert (Malzberg 1940). In Verbindung hiermit steht auch die "Hypothese der differentiellen Toleranz", die eine wohlwollende, akzeptierende Haltung der Gruppe oder Großgruppe gegenüber den Schizophrenen (Stadt-Land-Gefälle) als Schizophrenie-verhütend ansieht (Bruck 1955). Nach der "Theorie der freiwilligen Absonderung" ziehen Schizophrenie-Gefährdete freiwillig und aktiv in Wohngebiete, wo sie intensivere interaktionelle

Beziehungen meiden können (Gerard 1953). Nach der "Theorie der sozialen Selektion" liegt eine Störung im Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen einzelner Personen und den zentralen Eigenschaften der sozialen Organisation vor, und der auslösende Faktor sind die Lebenschancen der Familie bei der Geburt des potentiellen Schizophrenen. Diese Theorie berücksichtigt individuelle und soziologische Faktoren und trägt gleichzeitig der Beobachtung Rechnung, daß erste schizophrene Schübe zumeist noch in der intakten Familie auftreten (Dunham 1965).

Die verwickelten Verhältnisse zwischen soziologischen Variablen und Krankheitsdaten demonstriert deutlich eine Untersuchung von Sundby (1956): Die norwegischen Seeleute werden zur niedrigsten sozialen Klasse gerechnet und unter ihnen befinden sich viele Schizophrene. Die Einsamkeit und das unstete Seemannsleben könnte ein Kausalfaktor für die Erkrankung bei den Seeleuten sein. Eine etwas niedrigere familiäre Belastung im Vergleich zu anderen Schizophrenen würde diese Interpretation stützen. Andererseits hatten verschiedene, später schizophren gewordene Seeleute bereits bevor sie zur See gingen, in ihrem Beruf soziale Anpassungsschwierigkeiten oder waren anders psychopathisch aufgefallen. Vielleicht haben in einigen Fällen die Bedingungen des Seemannslebens auslösend gewirkt, wobei aber das Leben zur See bereits aufgrund einer prämorbidem Persönlichkeit gewählt worden sein kann.

1.1.2.3.2 Psychologische Faktoren

1.1.2.3.2.1 Psychoanalytische Theorie

Nach der psychoanalytischen Theorie sind Ursachen für die spätere Schizophrenie in Störungen der kindlichen Entwicklung zu suchen. In den ersten Lebensjahren ist die Befriedigung der Bedürfnisse des Kindes nach Vertrautheit, Bekanntheitsgefühl, Zärtlichkeit, Geborgenheit und Sättigung wichtig (Hau 1973, Winnicott 1974, Mahler 1978). Zusätzlich

müssen adäquate Entwicklungsreize angeboten werden. In der sogenannten "intentionalen" Phase der ersten 6 Lebensmonate, die parallel mit der "oralen" Phase verläuft, findet eine emotional-affektive Entwicklung statt, die den für die weitere Entwicklung notwendigen ersten Kontakt mit der Umwelt ermöglicht, die ersten Objektbeziehungen. Dabei ist das Kleinkind so auf die Mutter angewiesen, daß die enge Beziehung zwischen Mutter und Kind (Mahler 1978) auch Symbiose genannt wird. In dieser Zeit kennt das Realitätskonzept des Kindes noch keine Personen, es kann noch nicht zwischen sich und der Umwelt unterscheiden. Es kann auch noch keine konkrete Furcht erleben, es reagiert vielmehr mit Primärangst bei Deprivation elementarer Bedürfnisse. Störungen der Mutter-Kind-Beziehung in diesem Alter wurden erstmals von Spitz (1959) untersucht. Unter "psychotoxischen Störungen" werden von ihm unter anderem Erbrechen, Drei-Monats-Koliken und Hypermotilität angeführt. Levine und Bell (1950) fanden heraus, daß solche Störungen bei Säuglingen auftraten, deren Mütter ein ängstliches und übertrieben besorgtes Verhalten an den Tag legten, die mit den Unlust-Äußerungen ihrer Kinder nicht umgehen konnten, die unfähig waren, zu ihren Kindern einen ausreichenden gefühlsmäßigen Kontakt herzustellen. Auf der anderen Seite bevorzugten solche Mütter die Methode des Stillens-auf-Verlangen. Insgesamt war kennzeichnend für diese psychotoxischen Störungen eine ungenügende oder auf der anderen Seite zu reichliche Affektzufuhr, so daß der Säugling über- oder unterfordert wurde. A. Freud (1964) weist darauf hin, daß große Verwöhnung oder Versagen Fixierungen in entsprechenden Entwicklungsstufen zur Folge haben, und eine Hemmung in der Entwicklung bedeuten. Anhand von empirischen Untersuchungen konnte Bolby (1956) an Heimkindern Störungen feststellen wie Unfähigkeit, Beziehungen einzugehen, Mangel an echter Gefühlsregung, Fehlen von in bestimmten Situationen zu erwartenden Gefühlsregungen, Konzentrationsmangel, Aggressivität. Dührsen (1965) nennt noch ergänzend Kontaktscheue, Lücken in der Gefühlsbeweg-

lichkeit, oberflächliche Scheinkontakte, uneinfühlbare Verhalten, sie wirkten sprunghaft, verhielten sich abwesend, waren scheinbar gefühllos, wo zwischenmenschliche Zugewandtheit von ihnen erwartet wurde. Für die Ausprägung und Art einer solchen Trennung von der Bezugsperson ist das Alter des Kindes entscheidend, die Dauer der Trennung, die Art des Ersatzes und die Intensität der Beziehung zwischen Mutter und Kind vor der Trennung. Wird aus einem temporären Geschehen ein permanenter Zustand, kann sich eine anaklitische Depression und schließlich Marasmus einstellen (Yarrow 1961, Spitz 1972). Auf die Mutter-Kind-Beziehung angewandt heißt das, daß der Abbruch der Beziehung eine schwere Störung in der Entwicklung der Objektbeziehungen bedeutet. Aber auch ohne Trennung von der Mutter können Störungen in den ersten Lebensmonaten, der "intentionalen" Phase, beobachtet werden. Störungen resultieren aus dieser Zeit, wenn das Kind eine natürliche Symbiose mit der Mutter nur unvollständig erleben durfte, oder aber auch, wenn das Kind nicht aus der Symbiose heraustreten darf, weil die Mutter nur durch diese Symbiose ein stabiles emotionales Gleichgewicht finden kann. Dabei kann das Kind so wichtig für die Mutter werden, daß diese sogar eine ihr selbst drohende psychotische Dekompensation abwehren kann und die drohende Verrücktheit von sich auf das Kind externalisiert. Somit kann sie sich von diesem psychotischen Prozeß befreien, und das Kind ist "ständig dem Bestreben ausgesetzt, es verrückt zu machen" (Searles 1978).

Ein Kind mit hoher Empfindlichkeit, sensitiver Liebesbedürftigkeit und über-durchschnittlicher Reaktivität auf der Grundlage einer Ich-Schwäche ist dann besonders gefährdet, die symbiotische Phase nicht erfolgreich zu durchlaufen. Dabei wird nach Benedetti (1975) das autistische Kind vom psychotischen Kind unterschieden. Verliert das Kind aus psychogenetischen oder psychobiologischen Gründen die Fähigkeit, die Mutter als wesentlichen Representative der Außenwelt wahrzunehmen, d.h. als Vertreterin seiner vitalen

Interessen im Umgang mit der Welt, so wird es autistisch, nimmt die Welt nicht mehr wahr und schützt sich durch Rückzug und Abkapselung. Hingegen ist das psychotische Kind der Mutter gegenüber ambivalent eingestellt: Wenn eine Mutter die symbiotische Beziehung mit dem Kind zur eigenen Stabilität benötigt, beantwortet sie Lösungstendenzen des Kindes entweder mit Ärger, Enttäuschung und Rückzug oder verunmöglicht von Anfang an eine Ablösung, indem sie das Kind am Kontakt mit anderen Personen hindert. Das Kind reagiert auf diese Traumatisierung mit Angst, Wut, Trauer, Passivität, Schuldgefühlen und Todesangst. Es verzichtet auf das Autonomie-Streben, um die Symbiose zu erhalten und wendet sich nun regressiv erneut der Mutter zu. Dabei werden die Enttäuschungsaggressionen auf ein böses Objekt externalisiert. Es existieren so zwei Mutterbilder beim Kind, ein gutes und ein böses und entsprechend zwei gegenteilige Selbstvorstellungen als omnipotent oder verlassen und hilflos. Dieser Abwehrmechanismus wird Spaltungsmechanismus genannt (Klein 1962). In der Säuglingszeit ist "Spaltung" ein normaler Mechanismus: der Säugling introjeziert nur vollständig gute oder vollständig schlechte Objekte. Sein Ich verfügt noch nicht über eine Integrationsfähigkeit, die die bedürfnisstillende und zugleich versagende Mutter integrieren kann. Beim Schizoiden bleibt der Spaltungsmechanismus weiter erhalten, und mit seiner Hilfe kann er gegensätzliche Ich-Anteile voneinander getrennt halten, die sonst zum nicht verarbeitbaren intrapsychischen Konflikt führen würden. Entfremdungs- und Enttäuschungserlebnisse lösen stets Enttäuschungsaggressionen aus, die er auf andere, auf böse Objekte projiziert und sich entlasten kann. Mit Hilfe der "Idealisierung" der Mutter und der Eltern versucht er sich zusätzlich vor diesen bösen Objekten zu schützen, von denen er sich vernichtend bedroht fühlt. Durch die Identifizierung mit den guten Objekten kann er zudem über Omnipotenzgefühle verfügen. Ein weiterer Mechanismus zum Schutz vor Enttäuschungsaggressionen ist die "Abwertung" des versagenden Objektes. Für den Vorgang,

bei dem die Objekte im Erleben des Patienten durch Projektion verändert werden, anschließend re-introjiziert werden - der Patient sich also mit ihnen identifiziert - und mit guten und bösen Objekten die intrapsychische Spaltung externalisiert wird, ist der Begriff "projektive Identifikation" gebräuchlich. Die Aufrechterhaltung dieses Systems an Abwehrmechanismen, in dem der Spaltungsmechanismus die Hauptrolle spielt, ist aber nur unter weitgehender Realitätsverleugnung möglich, wobei die Denkfunktionen partiell gestört sind, um die Phantasie nicht korrigieren zu müssen, und wobei die Wahrnehmungsvorgänge durch Verleugnung inkompatibler Inhalte stark eingeschränkt sind.

Überwältigende Erfahrungen von Entfremdungs- und Depersonalisationsgefühlen finden hier den Ausdruck in Mangel an Ich-Besetzung, in Verarmung des Ichs an eigener Energie. Dadurch ist nicht nur die Entwicklung der Ich-Funktionen gestört, hier ist spezifisch das Ich-Gefühl gestört, das psychische Erleben, das die elementare Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich, die Ich-Grenzen konstituiert (Federn 1978). So kommt es im psychotischen Realitätsverlust dann durch Besetzungsentzug zu Entfremdungserlebnissen, Depersonalisationsgefühlen und Derealisation. Dabei sind manche schizophrene Symptome ein direkter Ausdruck eines regressiven Zusammenbruchs des Ich, und ein Ungeschehen-machen von Differenzierungen. Andere Symptome stellen Restitutionsversuche dar. Fenichel (1975) zählt zu ersteren Phänomenen Weltuntergangssphänomene, körperliche Sensationen (Organbesetzung auf Kosten von Objektbesetzung), Depersonalisation (eigene Gefühle, die durch vorausgegangene Zunahme des Narzißmus verändert und intensiviert worden sind, werden als fremd erlebt), Größenwahn (Verleugnung einer Kränkung und Erhöhung des Selbstgefühls durch Überkompensation, wobei hier Regression zum Narzißmus zugleich Regression zur narzißtischen Allmacht bedeutet), archaische Arten des Denkens und Sprechens sowie hebephrene und bestimmte katatone Symptome. Zur zweiten Kategorie zählt er

Halluzinationen (Wunscherfüllungscharakter z.B. Vorstellung als Ersatz für einen stattgehabten Verlust, oder auch - bei angstbegleiteten Halluzinationen - Herausnahme eines Objektes aus der Realität, somit Angstminderung), Wahnbildung (zugrundeliegende Ambivalenz, wobei der ängstigende Anteil projiziert wird), katatone Symptome (primitive Versuche der Kontaktaufnahme, zugleich Abwehr feindlich erlebter Triebregungen in der Imitation). Benedetti (1975) beschreibt den Zustand einer psychotischen Dekompensation als einen Zustand, in dem ein Vorstellungsinhalt nicht mehr vom Bewußtsein ferngehalten werden kann, in dem aber die Zugehörigkeit der Inhalte im Depersonalisationserleben vernichtet wird. Durch Sinnestäuschungen, Wahnideen, Beziehungsgefühlen erlebt der Patient eine magische Welt, die Spiegelbild seiner Innenwelt ist, aber nicht mehr als ihm zugehörig empfunden wird. Das schizophrene Ich kann nicht mehr Distanz und Stellung zum Wahrgenommenen nehmen, sich nicht mehr unterscheiden und wird überwältigt vom Wahrgenommenen. Die Unfähigkeit, von der Wahrnehmung Distanz in Raum und Zeit zu nehmen, zeigt sich in Halluzinationen. Während der normal Wahrnehmende aktiv ist, den Wahrnehmungsvorgang jederzeit unterbrechen kann, ist der Halluzinierende passiv, wird vom halluzinierten Inhalt überwältigt. Im Denken äußert sich diese Unfreiheit in der Wahnidee. Daneben ist es nicht mehr möglich, die einzelnen Situationen in ein umgreifendes Dasein zu verwandeln. So fühlt sich der Schizophrene ausgeliefert an eine gigantische, ihn vergewaltigende Umwelt, die seine Gedanken beeinflusst, seinen Willen und seinen Körper. Es kommt zu einer Zunahme der Schutz- und Hemmmechanismen, und eine damit zusammenhängende Einengung des Lebens auf die innerweltliche Erfahrung, Verlust an Interessen, der Antriebe und der sprachlichen und denkerischen Verständigungsmittel, Anpassungsfähigkeit und der Sozialisierungsprozesse. Das Ich wird zwischen verschiedenartigen Tendenzen hin- und hergeworfen, eigene Impulse werden gefürchtet und als fremd erlebt, eine dünne Fassade wird aber über Jahre aufrechterhalten. Dabei lehnt sich das Ich vergeblich gegen

sein negatives Selbst und zugleich gegen sein unerreichbares Ich-Ideal auf, das das tatsächlich erreichbare entwertet. Schuldgefühle, Selbstbestrafungstendenzen entstehen und Ich und Ich-Ideal entfernen sich immer mehr. Das Über-Ich ist radikal und kann vom Ich nicht assimiliert werden. Der Kranke fühlt sich hoffnungslos und schlecht wegen seiner primären Antriebserlebnisse wie Hunger, Sexualität, Aggression. Eine Identifikation mit der moralischen Instanz ist nicht möglich. Da die empathische Verbindung zu den Mitmenschen versagt, wird der Intellekt überfordert durch das verstandesmäßige Vermuten und Konstruieren. Dabei wird der Narzißmus geschont, sachliches Denken hört auf, und der Verstand dient nur noch dem Selbstschutz.

Ich möchte zum Abschluß noch einmal die Entwicklung der schizophrenen Persönlichkeit zusammenfassen, bevor ich die partnerschaftliche Problematik erörtere: In kurzen Worten zusammengefaßt verläuft also die Entwicklung eines Schizophrenen in der Kindheit entweder über Anpassen an Verhältnisse, welche die Entwicklung einer stabilen Identität gefährden, oder sie ziehen sich in autistische Entwicklungen zurück, in das Erleben von Irrealitäten. Es bilden sich gefährliche Introjekte, die den Grundstein zu selbstzerstörerischen Schuld- und Nichtigkeitsgefühlen schaffen. Die Kommunikation mit der Außenwelt verläuft über oberflächliche Kontakte. In der Pubertät kommt es dann zur Aktivierung der "angelegten schizophrenen Keime" (Sullivan 1953) durch die sprunghafte Erweiterung der Interessen, Bedürfnisse und Konflikte, welche der Übergang in das Erwachsenenalter mit sich bringt. Hier zeigt sich dann eine Uferlosigkeit der Problematik, Unfähigkeit, die neuen Mitteilungen der Umwelt zu assimilieren, dabei die mangelhafte Ausprägung von Ich-Abwehrmechanismen, und tiefe Unsicherheit und Widersprüchlichkeit der Identität. Ein so schwer gestörter Mensch ist natürlich auf eine ihn schützende und ihm Halt gebende Umgebung angewiesen, in der er die symbiotische Beziehung wieder aufsuchen kann. Wegen seines

Abhängigkeitskonfliktes reagiert der Schizophrene aber immer wieder bei jedem Schritt zur eigenen Identität mit der Angst, seine eigene Existenz, die seiner Mutter oder umgebenden Gruppe zu zerstören; denn der Verlust eines symbiotischen Objektes als integraler Bestandteil des Ichs bedeutet tiefe, existenzielle Not und kommt der Drohung der Selbstvernichtung gleich. Andererseits lebt er in der symbiotischen Beziehung unter Verzicht auf Individuation und mit der ständigen Angst, durch seine Abhängigkeitswünsche die Identität zu verlieren. Behält man die symbiotische Bindung bei der Interpretation der Psychose im Auge, so repräsentiert das Auftreten der Psychose beim Patienten nicht nur sein eigenes, bisher unterdrücktes, nun eruptives Streben nach Individuation, sondern gleichermaßen stellvertretend auch die Bestrebungen ähnlicher Art bei den anderen Familienmitgliedern. Die Psychose ist also nicht nur der Versuch des Patienten, sich aus der Bindung herauszulösen, sondern auch eine Verlagerung der unaufgelösten, einander widersprechenden Bedürfnisse nach Symbiose und Individuation der gesamten Familie auf seine Krankheit.

Von den klinischen Studien über die Reaktionen von Säuglingen und Kleinkindern auf Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung ausgehend, stellt der psychoanalytische Ansatz der Schizophrenie-Forschung einen Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur des Schizophrenen und seinen partnerschaftlichen Beziehungen her. Dabei werden Umweltfaktoren und konstitutionelle Mängel wie überdurchschnittliche Reaktivität und Sensibilität in Wechselwirkung für die Krankheitsentstehung verantwortlich gemacht. Verbindungen zu - später noch zu besprechenden - experimental-psychologischen Ansätzen (Reizschutz), der Affektforschung (der psychoanalytische Ansatz impliziert ja einen handlungsmäßigen und affektmäßigen Anteil am Antriebserleben) können gezogen werden. Aus dem psychoanalytischen Ansatz sind unmittelbar therapeutische Implikationen ableitbar, was eine weitere Stärke dieses Ansatzes ist. Bedeutung hat

dieser Ansatz auch als eine der Wurzeln der Familienforschung, die im nächsten Abschnitt behandelt wird.

1.1.2.3.2.2 Entwicklung der familientherapeutischen Forschungsrichtung

Die Tatsache, daß die Familienforschung bei der Schizophrenie angesetzt hat, hat wohl hauptsächlich den Grund darin, daß im Rahmen von psychotherapeutischen Bemühungen um Schizophrenie das oft seltsame und störende Verhalten von Familienangehörigen die Aufmerksamkeit der Therapeuten auf sich zog. Diese äußeren Einflüsse, die sich indirekt, aber durchaus nicht weniger störend auf das therapeutische Geschehen auswirkten, konnten nur wirkungsvoll gesteuert werden, wenn sie in ein entsprechendes Behandlungsprogramm mit einbezogen wurden. In den vergangenen 20 bis 30 Jahren hat vor allem die anglo-amerikanische Familienforschung sich von der Frage leiten lassen, wie Familien beschaffen sind, aus denen Kinder stammen, die als schizophren diagnostiziert wurden. J. Haley (1959) hat den historischen Verlauf folgendermaßen beschrieben: Die Erforschung der Schizophrenie hat eine Wandlung mitgemacht von der ursprünglichen Vorstellung, daß die Schwierigkeiten in der Familie durch das schizophrene Mitglied hervorgerufen werden, zu der Vorstellung, daß eine pathogene Mutter die Krankheit beim Kind hervorruft, zu der Entdeckung, daß der Vater unzugänglich sei, bis zu der heutigen Ansicht, daß alle Familienmitglieder in ein pathologisches Interaktionsmuster einbezogen seien. Die Mutter-Kind-Interaktion wurde von Levy (1943), Lidz (1949), Reichard und Tillman (1950) als Pionieren unter dem Grundproblem einer ungelösten Mutter-Kind-Symbiose herausgearbeitet. Später wurden weitere problematische Beziehungen in der Familie miteinbezogen, die die Mutter-Kind-Beziehung beeinflussen. So wurden ständige Kämpfe und gegenseitige Ablehnung beschrieben, jeder versuche, den anderen an der schwächsten Stelle zu treffen. Die Kämpfe der Eltern spielten sich dabei vor den Augen der Kinder ab, oder Streitereien wurden durch Pseudoharmonie verschleiert (Lidz 1969). Dabei werden

zwei Familienstrukturen unterschieden: solche, in denen häufig Spaltungsmechanismen offen zu tage treten, und solche, in denen Strukturverschiebungen auftreten. Schizophrene Töchter stammen vornehmlich aus Familien mit Spaltungen, schizophrene Söhne aus Familien mit Strukturverschiebungen. Solche Familien mit "Strukturverschiebungen" sind gekennzeichnet durch symbiotische Beziehungen zwischen Mutter und Kind, mit vornehmlich passivem Vater, der ein schlechtes Identifikationsmodell abgibt. In Familienformen mit "Spaltungen" herrsche eine konfliktgeladene Atmosphäre zwischen den Eltern, der Vater hat narzißtische Bedürfnisse, die immer wieder zum Konflikt mit der Frau führen und die Mutter ist überprotektiv gegenüber der Tochter (Lidz 1971). Wynne (1969b, 1975) beschreibt schizophrene Familienstrukturen mit den Konzepten der "Pseudomutualität" und "Pseudohostilität". In "pseudomutuellen" Beziehungen fehlt echte Komplementarität, wobei sich die Familienmitglieder bemühen, auf Kosten der eigenen Identität in konventionelle Rollen hineinzufinden. Während bei echter Komplementarität ein Gefühl persönlicher Identität von den einzelnen Familienmitgliedern erlebt werden kann, wird in der Pseudomutualität bei Entwicklung einer eigenen Identität die Auflösung des Familienverbandes befürchtet. Durch Ideologien wird diese pseudomutuelle Struktur gestützt. Bei der "Pseudohostilität" werden untolerierbare Wünsche und Impulse abgewehrt und die Familienatmosphäre ist durch Haß und Streit gekennzeichnet. Auf der einen Seite werden dadurch Wünsche nach Intimität und Zuneigung auf der anderen Seite Demoralisierung, Hilflosigkeit abgewehrt. In einem solchen Familienverband werden unterschiedliche Rollen der Kinder rigide festgelegt. Die Folgen, die aus dem Nebeneinander von ideologisch verfärbter Welt und Realität erwachsen, führen nach Batson (1969) zur Situation des "Double-Bind", die durch zwei sich widersprechende Botschaften verbaler und non-verbaler Art gekennzeichnet sind, von der die eine die andere aufhebt, und das Kind entscheidungsunfähig macht. Selvini-Pazzoli (1977) zeigen in ihren Untersuchungen, daß

Familien mit Schizophrenen die Familienstruktur durch ein Gewirr von Paradoxa, an dem alle Familienmitglieder beteiligt sind, aufrechterhalten. Die Abhängigkeit der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren von der familiären Ausgangssituation untersuchten Matussek und Trubel (1976). Insbesondere die Eltern und deren Beziehung untereinander war bedeutsam für den Erfolg der Psychotherapie. Bereits in den 50er Jahren wurden aufwendige Untersuchungen unter diesem Gesichtspunkt gemacht. L.C. Wynne (1958) erfaßte die typischen Mechanismen und intrafamiliären Wechselprozesse bei seiner Psychotherapie mit Schizophrenen durch Einbeziehung der Eltern in ambulanten Gesprächen zweimal wöchentlich sowie durch Gespräche mit weiteren Angehörigen und Bekannten. Bowen (1960) hatte Behandlungszeiten von 1/2 bis zu 3 Jahren, wo schizophrene Patienten und deren Eltern auf einer psychiatrischen Abteilung wohnten. Somit konnten neben dem intrapsychisch-individuellen Vorgang die interpersonellen Phänomene, die Mehr-Personen-Beziehungen studiert werden und in die Behandlung mit einbezogen werden. Obgleich bisher keine kontrollierte Untersuchung zur Double-Bind-Hypothese und zur gespaltenen und strukturschobenen Ehe durchgeführt wurde und obgleich diese Untersuchungen nicht ohne weiteres auf alle Schizophrenen anwendbar sind, entsprechen diese Berichte der klinischen Erfahrung, wonach verwickelte, intensive Beziehungen und elterliche Disharmonie bei diesen Elternpaaren zu beobachten sind. Neuere Forschungsansätze beziehen psychometrische Tests mit ein. Behringer et al. (1982) untersuchte zwei Stichproben von Elternpaaren stationär behandelter schizophrener Patienten (16 weibliche und 26 männliche) mit dem Gießen-Test und konnte zwei bipolare Typen von Elternpaarstrukturen gewinnen. Struktur Ia beschreibt ein Elternpaar, das sich als leicht zwanghaft und tendenziell depressiv beschreibt. Dabei ist der Mann der Gefügige und Verschlussene und die Frau die Kontaktoffene und Dominante, die die positive Selbstsicht des Mannes massiv verwirft. Typ Ib beschreibt ein Elternpaar mit ausgeprägter Rollen-

teilung, bei der der Mann die Rolle des leicht Hypomanen, Kontaktoffenen sowie deutlich Dominanten innehat, während die Frau gefügig, verschlossen sowie etwas depressiv ist. Die Struktur IIa gibt insgesamt ein wenig auffälliges, den normativen Geschlechtsrollen entsprechendes Bild wider, wobei beide Ehepartner sozial beliebt, vertrauensselig aufgeschlossen und etwas zwanghaft sind. Struktur IIb beschreibt eine ausgesprochen auffällige Paarstruktur mit gegenseitig deutlich resignativer Grundverfassung, wobei beide Partner durch ihre gemeinsame soziale Isolierung und retentive Abschirmung gegen die Umwelt aneinander gebunden sind, dabei ist die Frau die Fügsame und der Ehemann der Dominante. Insgesamt fiel in der Selbstbeschreibung jedoch bei allen Elternpaaren die Tendenz auf, sich normal darzustellen, wobei Störungen in der Paarbeziehung bei Eltern weiblicher Patienten offensichtlicher waren und von kämpferischer Art waren.

Während der familientherapeutische Ansatz von der psychodynamischen Therapie-Ausrichtung her die pathologischen Interaktionen beleuchtet, steht bei den Kommunikationstheoretikern das diagnostische Moment mit experimentallpsychologischem Charakter im Vordergrund.

1.1.2.3.2.3 Kommunikationstheorie

Anfänglich versuchte man integratives Verstehen der Wahrnehmung in Familien mit dem Rohrschach-Verfahren, dem Object-Relation-Test und dem TAT zu erfassen (Loveland 1963). Laing, Phillipson, Lee (1971) entwickelten eine Methode, die interpersonelle Beziehungsstrukturen mehrerer Personen über gegenseitige Wahrnehmung zu erfassen, die interpersonelle Wahrnehmungsmethode IPM nach Laing. Hiermit können Strukturen der Übereinstimmung und Nicht-Übereinstimmung in der Beziehung aufgedeckt werden, die beiden Partnern nicht bekannt sind, die aber für die Kommunikation große Bedeutung haben. Anhand von Profilen können 12 Störgrade unterschieden werden. Ich möchte die Methode kurz

vorstellen. Das Erfahrungsfeld eines Menschen wird bestimmt durch sein Selbstbild (direkte Perspektive), zweitens das Bild dieses Menschen über das Bild des anderen von ihm (Meta-Perspektive). Das Prinzip der Reziprozität schließt nun noch drittens folgende Beziehungsstruktur mit ein: Das Bild eines Menschen über das Bild des Partners, das sich der Partner vom Bild des entsprechenden Menschen über den Partner macht (Meta-Meta-Perspektive). Somit sind folgende Phänomene zu unterscheiden: Standpunkte (Person A und Person B), Beziehungsrichtungen (A zu sich, A zu B, B zu A und B zu sich), Perspektiven (direkt: A zu einem Sachverhalt, Meta: A zu einem Bild von B zu einem Sachverhalt, Meta-Meta: A vom Bild von B zu dem Bild von A zu einem Sachverhalt). Hier können Strukturen der Übereinstimmung und Nicht-Übereinstimmung in der Beziehung aufgedeckt werden, die teils bewußt, teils aber auch unbewußt sind und für die Kommunikation große Bedeutung haben. Dazu werden verglichen die Perspektiven (Übereinstimmung oder Nicht-Übereinstimmung), die Meta-Perspektiven (Verstehen oder Nicht-Verstehen) und die Meta-Meta-Perspektiven (Realisation oder Ausbleiben der Realisation). Anhand von Profilen können 12 Störgrade unterschieden werden. Geringer Störgrad bedeutet, beide Parteien sind sich einig darüber, daß der andere weiß, daß Übereinstimmung oder keine Übereinstimmung besteht, d.h. beide Meta-Ebenen stimmen überein. Ist die Interaktion gestört, erkennt mindestens einer der Partner nicht mehr, wie der Standpunkt des anderen beschaffen ist. Im Extremfall mißverstehen sich beide Partner und meinen, es läge Übereinstimmung vor bzw. er kenne den Standpunkt des anderen, dennoch herrscht gegenseitiges Mißverständnis. Seitz (1977) untersuchte mit dieser Methode 15 Elternpaare mit einem gesunden und einem schizophrenen Kind, 15 Elternpaare mit einem hirnorganischkranken und einem gesunden Kind und 15 Elternpaare mit zwei gesunden Kindern. Alle Eltern mit einem schizophrenen Kind hatten einen höheren Störgrad der Beziehung als die Kontrollgruppen. Schon beim Vorgespräch breitete sich eine unpersönliche, distanzierte Atmosphäre

aus. In fast allen Fällen war der Gesprächsverlauf von nur einem Partner bestimmt und der andere wurde ausgegrenzt und äußerte nur kurze Bestätigungen. Eigene, abweichende Meinungen wurden selten geäußert. Wenn qualitativ gleiche Beiträge geliefert wurden, wurden durch gleichzeitige non-verbale Kommentare (Gestik, Mimik) des zuhörenden Partners die Beiträge des anderen negativ qualifiziert. Insgesamt wurde ein rigid-isolierender Kommunikationsstil gefunden, wobei die jeweiligen Partner durch mangelnde Komplementarität die Schwäche des anderen verstärkten.

Zusammenfassend kann zu den Untersuchungen über die Besonderheiten der schizophrenen Eltern gesagt werden: Es finden sich bei ihnen häufiger schizophrene Erkrankungen, unabhängig davon, ob der Patient bei ihnen aufwächst oder nicht. Die Mütter sind vorwiegend zurückgezogen, unnahbar. Mütter von späteren Schizophrenen neigen eher zur Überbetulichkeit und Überbesorgtheit. Möglicherweise gibt es Beziehungen zwischen einer Denkweise in Anspielungen und versteckten Hinweisen in der Familie und einer späteren Schizophrenie beim Kind. Eltern von Schizophrenen zeigen einen abnormen Sprachgebrauch. Der intrafamiliäre Kommunikationsablauf ist in den Familien mit Schizophrenen irrational und widersprüchlich, die Beziehungsregulation in diesen Familien besitzt eine Abwehrfunktion und eine besondere Form des emotionalen Ausdrucks. Aber solche Überlegungen müssen noch besser die Persönlichkeit des Schizophrenen, seine konstitutionellen Faktoren und durch Lebenserfahrung geformte Individualität berücksichtigen, da der Patient sonst nur als Träger von Symptomen angesehen wird.

1.1.2.3.2.4 Experimentalpsychologische Theorien

Ich komme nun zu einem Abschnitt, der mehr noch als im vorhergegangenen experimentalpsychologisch orientiert ist. Hier möchte ich Filter-Theorien, behaviouristische und kognitive Theorien erörtern. Untersuchungen, die eine große Ablenkbarkeit durch irrelevante Stimuli bei Schizophrenen nach-

wiesen, legen einen Zusammenbruch der Informationsaufnahme und -verarbeitung nahe: Defekt-Filter-Theorie (Chapman 1973), Rückstau-Modell (Yates 1966), Disattention-Modell (Cromwell und Dockeki 1968), Selektivitäts-Störungsmodell (Poliakov 1973), Overload und Verlangsamung (Hawks und Marshall 1972), Redundanz der Informationsverarbeitung (Cromwell 1975), Immediacy-Hypothese, als Störung durch unmittelbare Umgebungsreize (Salzinger 1978), Integrationsstörung beim Auswählen und Vergleichen von Reizantworten (Cohen 1978), erweitertes Filtermodell mit zwei Stufen mit Störung der Reizauswahl und Störung des integrierenden Systems (Marshall 1973). Diese Untersuchungen weisen darauf hin, daß die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf relevante Stimuli zu konzentrieren, was eine Voraussetzung für normales Wahrnehmen und zielgerichtetes Denken ist, bei Schizophrenen gestört ist. Durch die mangelnde Fähigkeit, ablenkende und irrelevante Stimuli zu ignorieren, wird das Individuum vom sensorischen Input überflutet. Allerdings stellen diese Filterkonstrukte eine Vereinfachung des hochkomplexen Erscheinungsbildes der Schizophrenie dar. Silverman's perzeptiv-kognitive Schizophrenie-Theorie (1975) ist eine Fortentwicklung der Filter-Theorien. Beim Aufmerksamkeitsverhalten werden drei bipolare Faktoren unterschieden: der extensive Aspekt der Aufmerksamkeit, dessen Ausmaß (Scanning), mit Größenschätzung und Messung der Größenkonstanz und dem autokinetischen Effekt, zweitens der selektive Aspekt der Aufmerksamkeit (die Feldartikulation), bei der Unabhängigkeit von anderen Stimulusgruppen erfaßt wird, schließlich der intensive Aspekt der Aufmerksamkeit, gemessen mit Reizverstärkung und Reizreduktion. Es zeigte sich, daß nicht-paranoid-halluzinatorische und Prozeßschizophrenen im Gegensatz zu paranoid-halluzinatorischen und reaktiven Schizophrenen im Akut-Stadium folgende Besonderheiten zeigten: Erniedrigte extensive, erniedrigte selektive und erniedrigte intensive Aufmerksamkeitsleistung. Silverman postuliert einen spezifisch schizophrenen Abwehrmechanismus. Die Set-Segmentierungs-Theorie von Shalow (1977) geht davon aus, daß

ein Trend zur Aufspaltung im Verhalten und Erleben in partielle Muster beim Schizophrenen vorliegt. Dies führe zu einer kompensatorischen Überreaktion, die zum Ziel hat, die Kontrolle zurückzugewinnen. In der Regel mißlingt dies, so daß eine Wiederherstellung des Gleichgewichts auf einer neuen Basis erfolgt. Die Steuerung des Verhaltens übernehmen nun einzelne lokale Steuersegmente. Zeichen dafür seien Reaktionen auf alte Stimuli, als ob sie neu wären, Reaktionen auf neue Stimuli, als ob sie alt wären sowie Überreaktionen auf geringe Stimulierung und Unterreaktion auf starke Stimulierung. Ursache sei eine Störung der Speicherung der Instruktion, der Analyse, der Wahl des relevanten Stimulus, die Kurzzeitspeicherung des Stimulus und die Bereitstellung des relevanten Response, sowie die Funktion, auf einen Reiz zu reagieren und die Reaktion auf andere Reize zu hemmen. Dabei lenken zufällige Stimuli aus der engeren und weiteren Umgebung von der Hauptaufgabe ab. Chronisch Prozeßschizophrene unterliegen diesen Stimulus-Interferenzen nicht, aber chronisch Paranoid-Schizophrene. Die Arousal-Theorien führen die Leistungsminderung bei Schizophrenen auf eine Motivationsverschlechterung zurück. Während Venables (1975) eine Ein-Faktoren-Theorie vertritt, glaubt Claridge (1967) in seiner Zwei-Faktoren-Theorie, neben einem tonischen Arousal-System eine modulierendes zweites System an der Störung beteiligt zu sehen. Es wird die unabhängige Variable im Arousal-Niveau durch Stimulation manipuliert und mit Aktivationsmassen gemessen. Dann wird die Auswirkung auf die abhängige Variable mit einfachen Wahrnehmungsmessen zu erfassen versucht. Für chronische, nicht-paranoide und Prozeßschizophrene postuliert Venables ein generell erhöhtes Arousal-Niveau und eine entsprechende Hyporeaktivität im corticalen und autonomen Bereich. Für die akut, reaktiv und paranoid Schizophrenen nimmt er ein generell niedrigeres Arousal-Niveau und eine entsprechende Hyperreaktivität an. Heimann und Straube wiesen 1980 darauf hin, daß Orientierungsreaktionen, die die Erregbarkeitsschwelle des Organismus auf Umweltreize messen lassen, im

ektodermalen System eine Untergruppe mit genereller inhibitorischer Tendenz im psychovegetativen System nachweisen, die sich von übrigen Patienten auch psychopathologisch durch eine erhöhte emotionale Zurückgezogenheit, Depressivität und Gedankenstörung unterscheidet. Diese inhibitorische Tendenz zeigt sich auch bei Pupillenreaktionen, Fingerpulsamplitude und Hautwiderstand. Der Vergleich dieser Gruppe von schizophrenen Non-Respondern mit depressiven Patienten, die ähnliche Rückzugstendenzen aufweisen, legt die Deutung eines protektiven, inhibitorischen, pathophysiologischen Mechanismus nahe. Es wird auf günstigere kurze Schübe solcher Patienten hingewiesen. Der neobehaviouristische Ansatz beruht auf Hull und Spence'scher Provenienz. Mednick (1975) postuliert einen erhöhten drive, wonach der Übergang von dem akuten in das chronische Stadium dadurch geschieht, daß irrelevante Informationen dominant werden, weil sie weniger Angst auslösen und so verstärkt werden. Die Vermeidung von angstauslösenden Assoziationen führt zu einem erniedrigten Erregungsniveau und zum Zustand der Chronizität. Broen und Storms (1967) beschreiben einen partiellen Zusammenbruch der Response-Hierarchien, wobei eine Interaktion zwischen Erregungsniveau und kognitiven Leistungen postuliert wird, und so von einem primären Defizit (Response-Interferenz) klinische Erscheinungen wie Halluzinationen erklärt werden. Nach der Mediationskonzeption schizophrenen Sprachverhaltens von Chapman (1974) fallen bei Schizophrenen Präferenzen in Stimuluswahl und Response auf, die beim Normalen weniger ausgeprägt sind: Sie tendieren dazu, auf starke, statt auf schwache Stimuli zu reagieren, reagieren bereitwilliger auf zeitlich unmittelbar benachbarte, als auf längst vergangene. In Situationen, in denen die meisten Stimuli vertraut sind, üben die darin enthaltenen neuen Stimuli eine besondere Anziehungskraft aus. In Situationen, in denen die meisten Stimuli unvertraut sind, besteht die Tendenz, auf die vertrauten Stimuli zu reagieren. Sie reagieren bereitwilliger auf Worte und Objekte, die anderen ähnlich sind. Kognitive Theorien

unterscheiden bei der Schizophrenie folgende Störungsformen auf der Ebene der Begriffsbildung: Concretness, worunter übermäßige Konkretetheit im Denken Schizophrener oder Unfähigkeit abstrakte Begriffe zu bilden, zu verstehen ist (Payne 1972). Overinclusion meint ungewöhnliche Erweiterung von Begriffsgrenzen, wobei auch irrelevante Items mit eingeschlossen werden (Piro 1967), ideosynkratische Begriffe und Abstraktionsdefizit (Shimkunas 1972), Zusammenbruch persönlicher Konstrukte mit Lockerung oder Inkonsistenz zwischen den in einem persönlichen Konstrukt verknüpften Konzepten (Space, Cromwell 1978).

Bevor ich eine knappe Zusammenfassung gebe, möchte ich hier kritisch die in der Experimentalpsychologie übliche Schizophrenie-Untergruppenbildung diskutieren. Dabei werden folgende Einteilungen gemacht: paranoide und nicht-paranoide Symptomatik, reaktiver und prozeßhafter Verlauf, gute und schlechte prämorbidie Anpassung, akutes und chronisches Stadium. Die Dichotomisierung 'paranoid' und 'nicht-paranoid' ist aber insofern problematisch, als hier eine Einteilung in zwei Gruppen erfolgt ohne Berücksichtigung, ob die paranoide Symptomatik im Zentrum der Erkrankung steht. Zudem ist dieses Zuordnungskriterium nicht zeitstabil, da Schizophrene im Laufe der Psychose Schübe mit und ohne paranoiden Symptomen haben können. Die Unterscheidung 'reaktiv' und 'prozeßhaft' bzw. gute und schlechte prämorbidie Anpassung bereitet Schwierigkeiten, da schlechte prämorbidie Anpassung mit dem Faktor Chronizität vermischt ist und zudem hier deutlich soziologische Variablen mit einfließen. Die Unterscheidung 'akut' und 'chronisch' wird gewöhnlich nach dem Kriterium einer Hospitalisationsdauer von 2 Jahren getroffen. Hier wären sicherlich auch noch inhaltliche Kriterien sinnvoll. Der Zustand der Chronizität ist mit weiteren Variablen wie Institutionalisierungseinflüssen und medikamentösen Behandlungseinflüssen verquickt. Es ergeben sich auch Überschneidungen mit anderen Dimensionen, etwa der großen Zahl von Prozeßschizophrenen in der chronischen Gruppe sowie nach

der Natur der Symptome von nicht-paranoiden. Als Ergebnis dieser Betrachtung muß zunächst einmal gesagt werden, daß Überlappungen zwischen den einzelnen Konstrukten und Dichotomien bestehen und damit nicht unbedingt ein Gewinn im Vergleich zu den herkömmlichen Untergruppen zu verzeichnen ist. Zudem ist fraglich, ob eine Dichotomisierung nicht die auf Kontinua ausgelegten Klassifikationsmerkmale verzerren.

Folgende Ergebnisse hat die experimental-psychologische Forschungsrichtung allerdings für das Schizophrenieverständnis geleistet: Die Störanfälligkeit läßt sich nicht auf spezifizierbare psychische Funktionen begrenzen. Vieles spricht dafür, daß ein Verlust der selektiven Filterung, Aufnahme und Verarbeitung von Informationen gestört ist und Erfahrungen aus dem Langzeitspeicher fehlerhaft decodiert werden. Neben den Schwierigkeiten einer raschen und treffsicheren Entspeicherung aus dem Langzeitspeicher ist sehr wahrscheinlich eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses von Bedeutung, mit Störungen der unmittelbaren Konfiguration und somit Einbuße von automatisierten Fertigkeiten. Bei kognitiven Prozessen muß der Patient unökonomisch vorgehen, mehr Reizmerkmale beachten und prüfen als der Gesunde, was zur Langsamkeit oder Einengung auf kleine Abschnitte führt.

1.1.2.3.2.5 Uncharakteristische Basisstörungen

Die von klinischen Untersuchungen als besondere Vulnerabilität, erhöhte Beeindruckbarkeit, Herabsetzung der Toleranzschwelle für unspezifischen Stress und große Empfänglichkeit für emotionale Stimulation bekannten Behinderungen Schizophrener konnten durch die Ergebnisse der experimental-psychologischen Forschung untermauert werden. Im letzten Jahrzehnt haben sich auch Kliniker zunehmend mit Schizophrenen in Phasen relativer Gesundheit beschäftigt und auf der Ebene der Selbstbeschreibung das Konzept der uncharakteristischen Basisstörungen entwickelt. Das "Spezifische im Unspezifischen" solcher Basisstörungen liegt im Ausmaß, vermutlich in der zeitlichen Aus-

dehnung der Störbarkeit und Instabilität und nicht in der Art bzw. Qualität der Abweichung. Aus einer Sammlung wörtlicher Klagen schizophrener Erkrankter wurde der sogenannte "Frankfurter Beschwerde-Fragebogen" konstruiert und an 200 Schizophrenen, die mit 168 Gesunden verglichen wurden, geeicht (Süllwold 1977). Inzwischen wurde die Stichprobe auf 750 erweitert (Süllwold 1980). Die 103 Beschwerdefeststellungen erbrachten bei der faktorenanalytischen Auswertung gut interpretierbare Faktoren:

- Störungen der expressiven und rezeptiven Sprache mit Verarmung des Wortschatzes, Danebenreden, Einbuße der Wortflüssigkeit, erschwertes Erkennen von Wortbedeutungen, erschwerte Auffassungsleistung;
- "kleine" Wahrnehmungsstörungen in Form von Erleben einer nicht näher spezifizierbaren Veränderung von Farbe, Musik, der menschlichen Stimme, eines Gesichtes; große Bildausschnitte werden als ungegliederte Vielfalt erlebt (Film, Fernsehbilder);
- spezielle sensorische Störungen optischer, akustischer, olfaktorischer und gustatorischer Art: Gegenstände bewegen sich, Flimmern vor den Augen, Groß- und Kleinsehen, Veränderung des Geschmacks;
- motorische Reaktionsinterferenzen mit Veränderung der Wahrnehmung der eigenen Körperbewegung, beeinträchtigter Selbstverfügbarkeit und erlebter Beeinträchtigung motorischer Vollzüge;
- Gedankeninterferenz mit Overinclusion, also Behinderung des Denkens aufgrund von interferierenden inneren und äußeren Reizen: die Reiz- und Gedankenfülle ist nicht zu bewältigen, es entsteht das Gefühl eines Kontrollverlustes; das unmittelbare Behalten und Erinnern ist erschwert durch Lücken in der Kontinuität der Selbstwahrnehmung: die Patienten wissen kurzfristig nicht, was sie soeben getan haben;
- die Störung im Ablauf automatisierter Abläufe umfaßt die Störung täglicher, gewöhnlich ohne besondere Aufmerksamkeitszuwendung ablaufende Vorgänge im Bereich des Sprechens,

Denkens sowie motorischer Vollzüge. Es kommt zur Verlangsamung, Blockierung und Ablenkung durch Nebenreize und unwillkürliche Reaktionen. Eine konzentrierte Anspannung zur Selbstüberwachung des Verhaltens ist auch bei den einfachsten Verrichtungen nötig, die Kranken haben das Gefühl, Denken, Sprechen und Handeln nicht voll unter Kontrolle zu haben;

- spezifische Ängste wie generelle Furcht vor Menschen, Angst vor eingeschränkter "Selbstverfügbarkeit", diffuses Bedrohungsgefühl, Hypophobie, Rückzugsverhalten;
- körperliche Beschwerden mit kurzfristig episodischem Auftreten und Alternieren zwischen Hypo- und Hyperfunktion, Pendeln zwischen Erregung und Hemmung innerhalb kurzer Zeit mit Störung der Herz-Kreislauf-, Atmungs-, Verdauungs- und Drüsenfunktionen und des Tag-Nacht-Zyklus, wie Herabsetzung oder Steigerung von Appetit, Durst, Bewegungsbedürfnis und Libido; suchtartiger Nikotin- und Alkoholabusus.

Inzwischen konnte gezeigt werden, daß die defizitären Störungen nicht nur in den ruhigen Verlaufsstadien sondern auch in den akuten Zeiten vorhanden sind (Sullwold 1980). Intelligentere Patienten scheinen von den Basisstörungen stärker betroffen zu sein, als einfach strukturierte. Gestrich und Stief (1981) fanden bei Katanamesen von schizophrenen Studenten ein Fünftel Suizidenten. Diese erschreckend hohe Zahl führen sie auf die "besondere Betroffenheit von Studenten durch die Krankheit Schizophrenie" zurück. "Die seit langem bekannten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen Schizophrener, die Lenkstörungen mit dem Verlust der Leitbarkeit des Denkens, Verwahrheitung von Bedeutungsinhalten und Symbolgehalten berühren Geistesarbeiter wesentlich stärker als z.B. vorwiegend manuell Tätige."

1.1.2.4 Zusammenfassende Betrachtung über die ätiologischen Vorstellungen

Der Einfluß von Erbfaktoren und Umweltfaktoren in ihrer Auswirkung auf die spätere Schizophrenie wurden dargestellt. Es

wurde deutlich gemacht, daß aufgrund der Zwillings- und Adoptionsstudien statistisch eine erbliche Disposition nachgewiesen ist, über deren Erbgang aber noch nichts Endgültiges bekannt ist. Morphologische Besonderheiten bei Schizophrenen wurden nicht gefunden. Die biochemischen Untersuchungen lassen eine Regulationsstörung in den cerebralen Transmittersystemen vermuten. Bei den Umweltfaktoren weisen Soziologen auf die Häufung schizophrener Erkrankungen in den unteren Schichten und in den Industriezentren großer Städte hin, was teilweise ursächlich auf schichtspezifische Einflüsse zurückgeführt wird, teilweise wird aber auch ein krankheitsbedingter Abstieg in niedrigere soziale Schichten angenommen. Die psychoanalytische Theorie stellt zwischen der Persönlichkeitsstruktur des Schizophrenen und seinen partnerschaftlichen Beziehungen einen Zusammenhang mit frühkindlichen Störungen her. Hier wird besonders auf die Reaktion von Säuglingen und Kleinkindern auf Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung hingewiesen, die ihre Ursache im Fehlverhalten der Mutter aber auch in konstitutionellen Mängeln des Kindes haben können wie überdurchschnittliche Reaktivität, hohe Empfindsamkeit und sensitive Liebesbedürftigkeit. Spätere Folgen aus diesen frühen Störungen werden abgeleitet. Familientherapeutische Gesichtspunkte schließen eine Betrachtung der Interaktion des Kranken mit seiner Umgebung ein und können Erkrankungen aus einer Familiendynamik heraus erklären. Kommunikationstheoretiker greifen dabei die verwirrenden Interaktionsstile heraus. Experimental-psychologische Untersuchungen legen Störungen in der Informationsaufnahme, Verarbeitung und Entspeicherung nahe, die im Zusammenhang mit den durch Selbstbeschreibung gewonnenen unspezifischen Basisstörungen der Schizophrenen in Verbindung stehen. Wahrnehmungs-, Denk-, Merkfähigkeitsstörungen, Verstimmungen, Vitalitätsstörungen, werden hier genannt.

Fraglich ist, ob all diese Forschungsansätze auch in einem Modell vereinbar sind. Ein übergreifendes Denkmodell zur Schizophrenie unter Einbeziehung genetischer, biochemischer,

kommunikationstheoretischer und psychoanalytischer Überlegungen könnte so aussehen, daß die Verarbeitung und Synthese der einzelnen Antriebserlebnisse und die Kommunikation mit den Mitmenschen in einem Ich stattfindet, das über das Zusammenwirken verschiedener Substrukturen funktioniert, das - wie alles Körperliche - genetisch beeinflußbar ist und durch Erlebnismaterial, das verarbeitet wird, sich verändert und gestaltet. So unterliegen interpersonelle Kommunikationsvorgänge und symbolische Austauschprozesse über bestimmte Informationskanäle einer Entwicklung, die störfähig durch genetische Insuffizienzen auf biochemischem Wege ist, was bei Stresssituationen zum Dekompensieren führen kann; auf der anderen Seite können Erfahrungen dauernde Entwicklungshemmungen bedingen, die einmal durch beeinträchtigende Milieufaktoren beeinflußt werden, aber auch durch konstitutionelle Faktoren.

1.1.3 Diagnosestellung

Die Diagnostik der Schizophrenie gründet heute in erster Linie auf dem durch psychopathologische Phänomene gekennzeichneten Zustandsbild. 'Zustandsbild' bedeutet nicht eine strenge Beschränkung auf den momentanen Beobachtungsquerschnitt, vielmehr wird der Verlauf als Abfolge und Entwicklung von Zustandsbildern mit einbezogen. Dabei ist heute nicht mehr wie zu früheren Zeiten der Endzustand - also die eventuelle Entwicklung eines Defektzustandes - für die Diagnostik entscheidend.

1.1.3.1 Konzepte zur Diagnosestellung

Nach Huber (1974) werden folgende Symptome häufig bei Schizophrenen beobachtet: Affektstörungen, formale und inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen und schizophrene Ausdrucksstörungen. Ich möchte im Folgenden auf diese Symptome näher eingehen.

Als Affektivitätsstörungen werden bezeichnet: fehlender oder schlechter Rapport, Gefühlsverarmung, Leere, Abstumpfung, Beeinträchtigung der emotionalen Modulationsfähigkeit, Ambi-

tendenzen, Parathymien, Paramimie, Autismus, traumhaft abwesende Stimmung, Gefühlseinbrüche und unmotivierte Angst oder Glückseeligkeit, plötzliche uneinfühlbare Kurzschlußhandlungen.

Formale Denkstörungen mit Zerfahrenheit von Sprunghaftigkeit bis zum Wortsalat, Sperrung mit plötzlichem Unterbrechen des Gedankenganges, Gedankendrängen, geschraubt, bizarr, pathetisch leere Sprache, rhythmische Wiederholungen, Neologismen.

Als inhaltliche Denkstörungen können auftreten: Wahn als eine unerschütterliche Überzeugung ohne zureichende Begründung, in den Gestalten der Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung und des Wahneinfalls sowie der Ausformung eines Wahnsystems mit Beziehungswahn, Bedeutungswahn, Beeinflussungswahn, Verfolgungswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, Vergiftungswahn. Zu Wahrnehmungsstörungen gehören: Halluzinationen, Illusionen und einfache Wahrnehmungsveränderungen. 'Bei den Halluzinationen werden akustische Halluzinationen in Form von Gedankenlautwerden, Stimmen in Form von Rede und Gegenrede, Stimmen, die eigene Handlungen mit Bemerkungen begleiten, sowie imperative Stimmen unterschieden; körperliche Halluzinationen mit dem Kriterium des Gemachten, d.h. mit der Zurückführbarkeit auf einen Außeneinfluß sind zu unterscheiden von Coenästhesien als Leibgefühle ohne Kriterium des Gemachten in Form von motorischen, Schmerz-, Wandersensationen, thermischen, mechanischen, kinästhetischen, vestibulären und sensorischen Empfindungen. Daneben gibt es auch Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, optische Halluzinationen. Bei den illusionären Verkennungen werden reale Wahrnehmungsobjekte als etwas anderes wahrgenommen. Bei den Wahrnehmungsanomalien wird die reale Umwelt zwar richtig erkannt, jedoch entstellt, verschoben und verzerrt. Störungen des Ich-Erlebnisses sind Depersonalisationen, wobei Teile des Körpers als fremd erlebt werden, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Willensbeeinflussung, "Eindruck des Gemachten", wobei Vorgänge im Körper als von außen gemacht erscheinen, doppelte Buchführung.

Störungen von Antrieb und Psychomotorik können auftreten mit psychomotorischer Erregung, Bewegungs- und Sprachstereotypen, Manierismen, Befehlsautomatien, motorische Schablonen, Automatismen und Grimassieren bei psychomotorischer Hyperkinese. Davon wird psychomotorische Hypokinese mit Stupor, Sperrung, Mutismus, Negativismus, Katalepsie unterschieden.

Schizophrene Ausdrucksstörungen im e.S. sind hölzern-eckig-steif-gespreizte, fahrig-abrupt-ausfallend-schlacksige Motorik, unbewegt-steif-starre Mimik, verschrobener-neologistischer Sprachstil mit ungeniert-legerem-distanzlosem-enthemmtem Ausdrucksverfahren, läppisch-albern-theatralisch-geziertem, bizarr-skuril-manieriert-verschrobenem Verhalten.

Nach der Wichtigkeit werden von dieser Symptomuntergliederung bestimmte Symptome zusammengefaßt. Nach K. Schneider (1971) werden sogenannte "Symptome ersten und zweiten Ranges"

unterschieden. Dabei sind Symptome ersten Ranges bestimmte akustische und leibliche Halluzinationen, schizophrene Störungen des Ich-Erlebens und Wahnwahrnehmung: Akustische Halluzinationen als Symptome ersten Ranges sind dialogische, kommentierende und imperative Stimmen und Gedankenlautwerden. Zu den leiblichen Beeinflussungserlebnissen gehören die haptischen und taktilen Halluzinationen, zu den schizophrenen Ich-Störungen zählen Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung und sogenannte Willensbeeinflussung. Wo diese Symptome ersten Ranges einwandfrei faßbar sind, gilt nach Schneider die Diagnose einer Schizophrenie als sicher, sofern eine körperlich faßbare Grundkrankheit nicht faßbar ist. Jedoch sind nicht in jedem Fall diese Symptome ersten Ranges vorhanden, so daß auch die sogenannten Symptome zweiten Ranges in die Diagnosestellung mit einbezogen werden. Hierzu gehören alle sonstigen akustischen Halluzinationen, optische, olfaktorische und gustatorische Halluzinationen, Coenästhesien sowie Wahneinfälle, daneben die Ausdrucksstörungen i.e.S., bei den Denkstörungen, Denkdissoziation, Sperrung und Gedankenabbrechen, bei den katatonen Störungen sowohl die hypermotorischen wie auch die hypomotorischen Zustände sowie Affekt- und Kontaktstörungen mit Desintegration des Denkens, Fühlens, Wollens, Verlust des Kontaktes, Autismus.

Von diesem diagnostischen Konzept der Schule von K. Schneider ist das Konzept der Schule von E. und M. Bleuler (1937, 1972) deutlich abgehoben. Hier werden Primär- und Sekundär-Symptome unterschieden. Unter Primär-Symptomen unterscheiden sie die Störungen der Affektivität (fehlender Kontakt, Ambivalenzen, Gefühlsleere, Gewalttätigkeit), formale Denkstörungen (Zerfahrenheit), Störungen der Person (Depersonalisation, Eindruck des Gemachten). Zu den Sekundär-Symptomen werden katatone Erscheinungen, Halluzinationen und Wahnideen gezählt. Nach Bleuler werden für die Schizophrenie-Diagnose ein gewisses Ausmaß an elementaren Störungen des Gedankenganges, der Affektivität und des Erlebens des eigenen Ichs

gefordert. Die sog. Sekundär-Symptome wie Wahn, Halluzinationen, hebephren-läppische oder kataton-psychomotorische Störungen werden nur zur Abgrenzung von Untergruppen, nicht aber als begriffsbestimmende Merkmale herangezogen. Es ist zu sehen, daß die diagnostischen Schizophrenie-Konzepte Bleulers und Schneiders im Bereich dieser Ich-Störung bzw. der Störung des Erlebens des eigenen Ichs sich überschneiden. Schneiders Konzept befriedigt mehr den therapeutisch ausgerichteten Psychiater, fordern doch die Symptome ersten Ranges Maßnahmen mehr als die auf Grundsymptome ausgerichtete Bleuler'sche Schule, die wiederum mehr die Krankheitserscheinungen in ihren Zusammenhängen und Entstehungsbedingungen erforscht.

1.1.3.2 Diagnosestellung nach der I C D

Im Folgenden wird die Beschreibung der schizophrenen Psychosen nach dem Diagnose-Schlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten von 1980 (nach der 9. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD) angeführt. Es handelt sich dabei um ein im deutschen Sprachraum eingeführtes diagnostisches System, das aber auch über die nationale Ebene hinaus eine Vergleichbarkeit möglich machen will. So ist das System auch in England eingeführt und sei den Klassifikationssystemen in Frankreich und USA vergleichbar (Cranach, Strauss 1978).

"ICD 295 Schizophrene Psychosen

Eine Gruppe von Psychosen mit einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung, charakteristischen Denkstörungen, oft einem Gefühl, von fremden Kräften kontrolliert zu werden, Wahnideen, die bizarr sein können, gestörte Wahrnehmung, abnormer Affekt, der mit der tatsächlichen Situation nicht übereinstimmt, und Autismus. Trotzdem bleiben im allgemeinen klares Bewußtsein und intellektuelle Fähigkeiten erhalten. Die Persönlichkeitsstörung bezieht sich auf die grundlegenden Funktionen, die einer normalen Person das Gefühl der Individualität, Einmaligkeit und Unabhängigkeit geben. Die Patienten haben das Empfinden, ihre intimsten Gedanken, Gefühle und Handlungen sind anderen bekannt oder werden von anderen geteilt. Zur Erklärung können sie Wahnideen entwickeln, daß natürliche oder übernatürliche Mächte am Werk sind, um ihre Gedanken und Handlungen in einer oft bizarren Weise zu be-

einflussen. Der Schizophrene kann sich selbst als den Angelpunkt aller Geschehnisse sehen. Halluzinationen, besonders Stimmen, sind häufig, sie können den Patienten kommentieren oder ihn direkt anreden. Die Sinneswahrnehmung ist häufig auch in anderer Weise gestört. Eine gewisse Ratlosigkeit kann vorhanden sein, nebensächliche Gesichtspunkte können übermächtige Bedeutung erlangen und können zusammen mit Gefühlen des Ausgeliefertseins den Patienten zu dem Glauben führen, alltägliche Dinge und Situationen besäßen eine speziell auf ihn gerichtete, meist unheimliche Bedeutung. Bei der charakteristischen schizophrenen Denkstörung gelangen periphere und nebensächliche Züge eines Gesamtkonzeptes in den Vordergrund, die im normalen Denken gehemmt sind; sie werden anstelle der Elemente benutzt, die für die Situation zutreffend und angebracht sind. So wird das Denken vage, schief und obskur und der sprachliche Ausdruck oft unverständlich. Unterbrechungen und Ablenkungen im fortlaufenden Gedankengang sind häufig; der Patient kann überzeugt sein, daß seine Gedanken von irgendwelchen außenstehenden Kräften entzogen werden. Der Affekt kann flach, launisch und unangepaßt sein, Ambivalenz und Willensstörungen können als Untätigkeit, Negativismus oder Stupor erscheinen. Katatone Symptome können vorhanden sein. Die Diagnose Schizophrenie sollte nur gestellt werden, wenn charakteristische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, der Stimmung, des Verhaltens oder der Persönlichkeit vorhanden sind oder während des Krankheitsverlaufes vorhanden waren; wenigstens in zwei der genannten Gebiete sollten Störungen vorliegen ..."

Weiter heißt es, daß zusätzlich zur Diagnose-Stellung aufgrund der oben angegebenen Kriterien eine Einordnung in eine der Untergruppen "anhand der Symptome, die im Vordergrund stehen", vorgenommen werden sollte. Die für die hier vorliegende Untersuchung wichtigen Untergruppen werden nach der ICD so definiert:

Schizophrenie simplex (295.0)

"Eine Psychose, bei der sich Absonderlichkeiten im Verhalten, Unfähigkeiten, den Anforderungen der Gesellschaft zu entsprechen, und Leistungsabfall auf allen Gebieten schleichend entwickeln. Wahnideen und Halluzinationen sind nicht deutlich und die Störung ist weniger offensichtlich psychotisch als beim hebephrenen, katatonen oder paranoiden Untertyp der Schizophrenie. Mit zunehmender sozialer Isolierung kann sich Landstreicherei entwickeln. Der Patient zieht sich auf sich selbst zurück, wird untätig und ziellos ..."

Hebephrene Form (295.1)

"Eine Form der Schizophrenie, bei welcher Affektveränderungen im Vordergrund stehen, Wahnideen und Halluzinationen flüchtig und fragmentarisch sind, unverantwortliches und nicht vorhersehbares Verhalten auftritt und Manierismen häufig sind. Der Affekt ist abgeflacht und inadäquat, häufig verbunden mit Kichern oder selbstgenügsamem, auf sich selbst bezogenem Lächeln oder mit stolzem Gehabe, mit Grimassen, Manierismen, Possen, hypochondrischen Klagen und häufig

wiederholten Redensarten. Das Denken ist zerfahren. Der Patient hat die Tendenz, sich abzusondern und das Verhalten erscheint ziellos und gefühllos ..."

Katatone Form (295.2)

"Als wesentlicher Zug dieser Form besteht eine ausgeprägte Störung der Psychomotorik, die oft zwischen zwei Extremen wie Erregung und Stupor oder automatischem Befolgen von Befehlen und Negativismus schwankt. Erzwungene Haltungen können für längere Zeit beibehalten werden: bringt man die Glieder des Patienten in eine unnatürliche Stellung, dann werden sie für einige Zeit so weitergehalten, auch wenn die äußere Unterstützung wegfällt. Schwere Erregung kann ein eindrucksvolles Merkmal dieses Zustandsbildes sein ..."

Paranoide Form (295.3)

"Die Form der Schizophrenie, in der relativ dauerhafte Wahnideen, die von Halluzinationen begleitet sein können, das klinische Bild beherrschen. Es handelt sich häufig um Verfolgungswahn, aber auch andere Wahnformen kommen vor (z.B. Eifersuchtswahn, Abstammungswahn, Sendungswahn oder Wahn körperlicher Veränderung). Halluzinationen und unberechenbares Verhalten können vorkommen; in einigen Fällen ist das Verhalten von Anfang an schwer gestört, die Denkstörung kann grob auffällig sein, und Affektverflachung mit abortiven Wahnideen und Halluzinationen kann sich entwickeln."

Schizophrene Rest- und Defektzustände (295.6)

"Eine chronische Form der Schizophrenie, in der die Symptome, die von der akuten Phase weiterbestehen, meistens ihre Schärfe verloren haben. Das Gefühlsleben ist abgestumpft, die Denkstörungen, auch wenn sie grob auffällig sind, verhindern nicht, daß Routinetätigkeit ausgeübt werden kann."

Schizoaffektive Psychose (295.7)

"Eine Psychose, in der auffällige manische und depressive Symptome vermischt sind mit schizophrenen Symptomen. Gewöhnlich tritt eine Rückbildung ohne Dauerdefekt ein, aber die Rückfallgefahr ist groß ..."

Andere Schizophrenieformen (295.8)

"Umschriebene Schizophrenieformen, die nicht unter 295.0 bis 295.7 klassifiziert werden können. Dazugehörige Begriffe: akut undifferenzierte Schizophrenie, atypische Schizophrenie, coenästhetische Schizophrenie."

Coenästhetische Schizophrenie (nach "Psychiatrie" Gerd Huber 1981) (295.8)

"Die Bezeichnung beinhaltet, daß qualitativ eigenartige Leibgefühlsstörungen die wesentliche und primäre Symptombildung sind und nicht eine psychopathische oder neurotische hypochondrische Fehleinstellung oder ein hypochondrischer Wahn.... Der Typ ist beherrscht durch ... innigst mit affektiven Wandlungen verbundene Leibgefühlsstörungen; hinzu kommen vegetative, motorische und sensorische Symptome. Schizophrene Erlebnis- und Ausdruckssymptome treten nur in passageren Episoden auf und fehlen über weite Strecken.... Coenästhesien, qualitativ eigenartige Leibgefühle ohne das Kriterium des "Gemachten" (im Gegensatz zu Leibeshalluzinationen mit dem Kriterium des "Gemachten") sind durch die fast unübersehbare

Mannigfaltigkeit, den raschen zeitlichen Wechsel, den häufig paroxysmalen oder phasenhaften Charakter ihres Auftretens und die subjektive Neu- und Andersartigkeit, den fremdartigen, seltsamen, zum Teil bizarren Charakter und die schwere Beschreibbarkeit gekennzeichnet... Es überwiegen am und im Körper nicht fixierte, sondern den Sitz wechselnde, unbestimmt fluktuierende und mit Zustandsänderungen verbundene Sensationen ..."

Schizophrene Psychosen bei Oligophrenen ("Pfropfschizophrenie") (nach "Psychiatrie" Gerd Huber 1981) (295.8)

"Schizophrene Psychosen bei Oligophrenen nannte man früher Pfropfschizophrenien. Diese Bezeichnung ist mißverständlich: Die Psychosen entstehen nicht auf dem Boden des Schwachsinnns bzw. seines somatopathologischen Substrates, sind also in letzterem Fall keine körperlich begründbaren Psychosen. In der Regel liegt eine zufällige Kombination von Oligophrenie und Schizophrenie vor. Hierfür spricht auch, daß Schizophrenien bei Oligophrenen nicht häufiger vorkommen als bei Individuen mit normaler Intelligenz. Die Minderbegabung ist vermutlich bei den schizophrenen Psychosen Oligophrener nur pathoplastisch wirksam: Sie färbt und gestaltet das Erscheinungsbild..."

1.1.3.3 Einige kritische Überlegungen zur Schizophrenie-Diagnose

Nachdem ich ausführlich dargestellt habe, wie derzeit Schizophrenie diagnostiziert wird, dürfte deutlich geworden sein, daß es sich beim Schizophrenie-Begriff um Konventionen handelt und daß hier Diagnose-Kriterien geschaffen wurden nach dem Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit (Janzarik 1978). Die Frage bleibt noch zu beantworten, wie es mit der Zuverlässigkeit der Schizophrenie-Diagnose bestellt ist. Gründe für die mangelnde Zuverlässigkeit der psychiatrischen Diagnostik lassen sich in zwei Gruppen aufteilen: einmal aufgrund der psychiatrischen Nosologie selbst. Ein zuverlässiges Klassifikationsmodell müßte die Voraussetzung der Vollständigkeit und der gegenseitigen Exklusivität einschließen. Diese Anforderung erfüllt das derzeitige Klassifikationsmodell nicht, vielmehr ist es hierarchisch gegliedert, d.h. ein Patient kann gleichzeitig verschiedenen Kategorien zugeordnet werden. Andererseits hängt die Zuverlässigkeit psychiatrischer Urteile mit dem Prozeß des Diagnostizierens, also Eigenschaften des Psychiaters selbst zusammen. Die Symptomwahr-

nehmung und die Gewichtung anamnestischer Daten sind die Quelle für unreliable Urteile. Klug (1978) schätzt anhand einer Untersuchung an 115 Patienten im Zeitraum von 2 Jahren, die viermal eine psychiatrische Institution aufsuchten, die Variation des Übereinstimmungsmaßes auf etwa 32% beim Untersucher, 62% beim nosologischen System und nur zu 5% beim Patienten. Durch strukturierte psychiatrische Interviews ist eine Übereinstimmung zwischen Untersuchern von bis zu 83% zu erreichen. In Bezug auf die Stabilität über Zeitintervalle hinweg scheinen Schizophrenie und affektive Psychosen mit einer hohen Übereinstimmung, paranoide Syndrome und andere Psychosen mit erheblicher Variabilität verbunden zu sein. Neben dem Vergleich der Institutionen des gleichen Landes sind im letzten Jahrzehnt auch Untersuchungen über nationale Differenzen durchgeführt worden. Nach dem Literaturüberblick von Cromwell (1975) bestehen dabei nationale Differenzen zwischen nordamerikanischer und europäischer Psychiatrie mit Vorliebe der amerikanischen Psychiater für die Diagnose Schizophrenie. Der Vergleich London - New York - München anhand einer standardisierten Rater-Gruppe ergab, daß die Psychiater in New York doppelt so viele Patienten als schizophren ansahen, als in Europa. Vor allem depressive Patienten wurden vermehrt mit der Diagnose schizophren versehen. Affektive Erkrankungen wiederum wurden in New York relativ selten diagnostiziert. So zeichnet sich eine diskrepante Beurteilung der affektiven und schizophrenen Störungen ab. Manische Patienten wurden eher als schizophren diagnostiziert (Cranach & Strauß 1978). Neben der vom Untersucher, dessen Ausbildungsstand und Ausbildungsrichtung beeinträchtigten Zuverlässigkeit der Diagnose sind aber auch immer wieder Einwände an den Kriterien und dem diagnostischen System vorgebracht worden. Bannister (1968) spricht von der Schizophrenie als disjunktiver Kategorie, wonach Patienten unter ein und dieselbe Diagnose fallen, obwohl sie bei z.B. fünf Störungsmöglichkeiten kein einziges Merkmal gemeinsam haben. Darüberhinaus besitzen Patienten, die anderen psychiatrischen Kategorien zuzuordnen sind, häufig

auch Merkmale, die für Schizophrene kennzeichnend sind. Die definitorischen und klassifikatorischen Möglichkeiten finden ihren Ausdruck in niedriger Interrater-Reliabilität, geringer Konsistenz über die Zeit, umstrittener Validität von psychiatrischen Diagnosen, wie sie Costello (1970) kritisiert. Ruckstuhl kritisiert (1981) die vereinheitlichte WHO-Definition der Schizophrenie als zu grob und verschwommen, um unterschiedliche Handhabung der Kriterien verschiedener geographischer Regionen und Kliniken mit verschiedener Tradition nicht zu verhindern. Aus der Forderung unmißverständlicher Ein- und Ausschlußkriterien sowie der Forderung, ein durchoperationalisiertes Schizophrenie-Konzept zu schaffen, wurden im anglo-amerikanischen Sprachraum die diagnostischen Leitlinien weiterentwickelt (Köhler 1980).

Das Schneider-Modell mit Symptomen ersten Ranges liefert ein Modell mit Ein- und Ausschlußkriterien, solange die Symptome zweiten Ranges nicht benutzt werden. Die Gruppe um Feighner benutzt nur die Symptome ersten Ranges und entwickelte zusätzlich operationalisierte Konstellationen bestimmter affektiver Elemente, die als Ausschlußkriterien für Schizophrenie-Diagnostik gelten (Feighner et al. 1975): Die Symptomatik besteht seit mindestens 6 Monaten, das prämorbide Sozialverhalten ist nicht wieder erreicht, depressive und manische Symptome einer affektiven Psychose fehlen; mindestens eines der folgenden Symptome soll anwesend sein: Wahn oder Halluzinationen ohne Zusammenhang mit Ratlosigkeit und Desorientierung, Sprachäußerungen, die mangels logischer oder verständlicher Struktur eine Kommunikation schwierig machen; wenigstens drei der folgenden Kriterien sollen anwesend sein: alleinstehend, verringerte soziale Anpassung, gestörtes Arbeitsverhalten vor der Erkrankung, Schizophrenie in der Familie, kein Alkohol- oder Drogenabusus während eines Jahres vor Ausbruch der Erkrankung, Erkrankungsausbruch vor dem 40. Lebensjahr.

Die RDC-Definition (research diagnostic criteria) (Endicott und Spitzer 1978) hat das Kriterium einer Zeitdauer von

mindestens 6 Monaten für die Störung des Befindens auf eine Dauer von 2 Wochen als gemäßigtes zeitliches Kriterium beschränkt. Kendall (1979) nennt in einer Untersuchung an Schizophrenen weitere Skalen (die hier nicht zugänglich waren): Carpenter's flexibles 12-Punkte-System (1973), Astrachan's New Haven-Index (1972), ein Schizophrenie-Computerprogramm Catego nach Wing (1974).

Schwarz (1980) kritisiert, daß mit steigender Zahl von Zuordnungskriterien durch mehrdimensionale Diagnoseschemata die Vielfalt der Erscheinungsbilder der Schizophrenie auf das den angewandten Kriterien entsprechende Zustandsbild eingeschränkt wird. In der Tat scheint die Gefahr von Artefakten zuzunehmen, wenn statt theorieorientiertem Vorgehen das von Janzarik (1978) zitierte Vorgehen angewendet wird: "Nach welchen Kriterien was Schizophrenie genannt wird, ist nicht eine Frage des Wissens sondern eine Frage der Reliabilität der Kriterien, damit eine Frage der Zweckmäßigkeit". Einen theoriegeleiteten Versuch schärferer Diagnosebildung - wobei das diagnostische Raster verwandter Störungen differenziert wird - liefert das im amerikanischen Sprachraum inzwischen gebräuchliche Modell der "Spektrum-Störungen", das psychoanalytischen Strukturvorstellungen der Ich-Psychologie entspringt, worunter ein vierstufiges Schema verstanden wird, das von Schizophrenien bis zu unsicheren schizoiden Störungen reicht (nach Zerbin-Rüden 1980): A bedeutet nicht-schizophren; B bedeutet schizophren mit chronischen und Prozeßschizophrenien (B1), akuten schizophrenen Reaktionen (B2), Borderline-Fälle mit Psychose-naher Charakterstruktur (B3); C bedeutet schizoide Persönlichkeit sowie Störungen der Gruppe B3 mit leichterer Ausprägung. Zusätzlich wird mit "hard" und "soft" unterteilt. D1 bis 3 umfassen unsichere und fragliche Fälle entsprechend den B-Kategorien.

1.1.3.4 Das verwendete Schizophrenie-Konzept

Für die Schizophrenie-Diagnose hielt ich mich an die schizophrenen Symptome ersten Ranges nach Kurt Schneider. Die

Symptome ersten Ranges sind in vielfältigen Untersuchungen auf ihre klinische Brauchbarkeit untersucht worden. Hier wurde das Schizophrenie-Konzept von Huber und Mitarbeitern (1981) benutzt, die bereits ein einmaliges Symptom ersten Ranges als ausreichend für die Diagnose Schizophrenie erachten. Zusätzlich wurde in Übereinstimmung mit der 9. Fassung der ICD das Auftreten von schizophrenen und zylothymen Symptomen bei den sogenannten schizo-affektiven Psychosen mit in das Schizophrenie-Konzept integriert. Auf der anderen Seite wurde die Schizophrenie-Diagnose enger gefaßt, als sie nach den Kriterien der Feighner-Gruppe empfohlen wird. In die Diagnose werden also nicht ein chronischer Verlauf und nicht bestimmte soziale Merkmale oder familiäre Belastung mit einbezogen. Es sei hinzugefügt, daß Symptome ersten Ranges nach meiner Auffassung nicht mit der Diagnose einer neurotischen Störung vereinbar sind.

1.1.4 Verlauf

Vermutlich beginnt eine große Zahl der Schizophrenien schleichend chronisch, wo nach unspezifischen Prodromalerscheinungen nach mehreren Jahren - gelegentlich sogar 10 bis 20 Jahren - erst Schübe folgen. Hier äußern sich hypochondrische Symptome zum Teil mit depressiver Komponente, sogenannte asthenisch-coenästetisch-vegetativ-depressive Verläufe. Durch den Symptomwandel von den profilierten diagnostisch maßgeblichen Phänomenen zu unprägnanten Coenästhesien oder kognitiven Störungen im Denk- und Konzentrationsbereich nach Einführung der Psychopharmaka haben diese schleichenden Verläufe zugenommen. Der Beginn der produktiv-psychotischen Symptomatik setzt meist innerhalb von wenigen Wochen akut oder subakut ein, nur in 22% der Fälle treten psychotische Symptome allmählich innerhalb von mehreren Jahren auf. 2/3 der Verläufe sind phasenhaft und führen schubweise zu meist leichteren Defekten, 1/3 einfach geradlinig progredient zu stärkeren Defektzuständen. Da früher Langzeituntersuchungen fehlten, die auch die außerklinischen Verläufe einbezogen, war lange

die prinzipielle Unheilbarkeit der Schizophrenie und ihre Progredienz zum Defekt als eine Regel angesehen, und es wurde nur von typischen, schizophrenen Residualzuständen gesprochen. Heute werden dagegen mehrere Remissionstypen unterschieden (Groß, Huber und Schüttler 1981): Die typisch schizophrene Defektpsychose mit Ausdruckssymptomen im weiteren Sinn wie Unzugänglichkeit, Fremde, Uneinfühlbarkeit, Kontakt- und Realitätsferne, Störung der Affekte, Kühle, Isolierung, Denkzerfahrenheit, fehlende Krankheitseinsicht und Indifferenz gegenüber Veränderungen kommen zu den produktiv-psychotischen erst- und zweitrangigen Erlebnis-symptomen. Der reine Defekt ist gekennzeichnet durch die Senkung des gesamtseelischen Energieniveaus, die Patienten nehmen den Defekt selber wahr und leiden darunter. Dabei treten Leibgefühlsstörungen, kognitive Störungen, Einbuße der Spannkraft, Energie, Vitalität, Ausdauer, Geduld auf. Bei den gemischten Residuen erhält die uncharakteristische Minussymptomatik des reinen Defektes durch einzelne schizophrene Symptome eine besondere Prägung. Der reine Defekt manifestiert sich in 3/4 der Fälle in den ersten drei Krankheitsjahren, nach dem 5. Krankheitsjahr tritt meist keine wesentliche Verschlechterung mehr ein. So schreitet die Schizophrenie fort bis zu einem bestimmten Stadium und nach zwei oder drei Krankheitsjahrzehnten setzt ein zweiter positiver Knick ein, die Psychose remittiert bei gleichzeitiger besserer sozialer Anpassung.

In kurzer Folge sind drei umfangreiche langfristige und untereinander gut vergleichbare Schizophrenie-Verlaufsstudien erschienen, 1972 M. Bleuler's Zürcher Untersuchung, 1976 Ciompi und Müller's Untersuchung in Lausanne und 1979 die Bonner Studie von Huber, Groß und Schüttler. Untersucht wurden mit den drei Studien insgesamt 1000 Fälle innerhalb von 2 Jahrzehnten. Es lag das gleiche diagnostische Konzept zugrunde. Die Konvergenz der Beobachtungen ist groß. Der Verlauf der Schizophrenie existiert nicht, vielmehr folgen die mannigfaltigen Verläufe in keiner Weise einem einheit-

lichen Krankheitsprozeß, sondern eher einem offenen und in jedem individuellen Fall andersartigem Lebensprozeß. Die mannigfaltige Verlaufsgestaltung spricht nicht für einen rein organisch bedingten Erkrankungsprozeß, sondern einem für alle möglichen psychologischen und somatischen Einflüsse zugänglichem Prozeß. Die Ausgänge sind auf die Dauer viel häufiger als erwartet günstig. Bei den Endzuständen finden sich übereinstimmend 20-29% Heilungen, 24-33% leichte, 24-29% mittelschwere und 14-24% schwerste Zustände: d.h. zu 1/4 gute, milde, mittelschwere und schwerste Ausgänge.

Eine testpsychologische Untersuchung an drei Gruppen schizophrener Patienten, nämlich einer Gruppe mit reversiblen postpsychotischen Basisstadien, einer Gruppe mit reinen Residuen bei kürzerem Verlauf und einer Gruppe mit reinen Residuen bei längerem Verlauf, ergaben signifikante Unterschiede gegenüber der Norm im Handlungsteil des HAWIE, des Konzentrationsverlaufstests und im Reaktionsversuch. Weniger ausgeprägt waren Leistungsbeeinträchtigungen im visuellen Merkfähigkeitstest (Benton) und nur unerhebliche bei Untersuchung mit der Schreibwaage (Haase-Sander et al. 1982). Die Untersuchung ergab übrigens hohe korrelative Zusammenhänge zwischen den testpsychologisch erhobenen "uncharakteristischen Basisstadien" und dem mit dem Frankfurter Beschwerdebogen erhobenen Faktoren.

Die Verlaufsuntersuchungen machen deutlich: Die akute Psychose ist vorwiegend charakterisiert durch eine produktive Symptomatik, die sich bis zur Derealisation, Depersonalisation und halluzinatorischem Erleben steigern kann. Die chronischen Zustände dagegen sind vor allem durch ein "Minus" der Symptomatik, d.h. durch eine negative, unproduktive Symptomatik mit dem Cardinalsymptom der Antriebsminderung, Passivität, affektiver Verflachung und Einengung gekennzeichnet. Dabei scheinen insbesondere die psychopathologischen Merkmale im Sinn einer Minus-Symptomatik erhebliche, schlechte prognostische Bedeutung zu haben neben langdauernder beruflicher Desintegration, psychiatri-

scher Hospitalisierung nach Faktoren analytischer Untersuchung bei 81 Patienten mit 5-Jahres-Katamnese (Möller et al. 1982). Produktive Symptomatik im Sinne von Erregung und Verwirrtheit weist in Richtung eines günstigen Krankheitsverlaufs, Minus-Symptomatik im Sinne von Apathie und Affektarmut in Richtung eines ungünstigen Verlaufs (Ciompi und Müller 1976, Huber 1979, Möller 1981).

1.1.5 Differentialdiagnose

In erster Linie müssen organische Psychosen, nicht psychotische, psychopathische und neurotische Seelenstörungen abgegrenzt werden. Alle schizophrenen Erlebnisweisen ersten und zweiten Ranges können auch bei symptomatischen Schizophrenien, bei medikamentösen, endokrinen sowie anderen Hirnkrankheiten vorkommen (Viren, Kontusion, Tumor, progressive Paralyse, Arteriosklerose). Auch bei Epilepsie kommen produktiv-psychotische Episoden vor, zumal bei Temporal-lappenepilepsie. Das hirnlokale Psychosyndrom bei Pick und Huntington'scher Erkrankung oder postencephalitischen Parkinsonismus kann ebenfalls schizophrene Bilder machen. Aus diesem Grund soll eine ausführliche neurologische Untersuchung mit EEG, Labor und Lues-Serologie erfolgen. Bei nicht-psychotischen Störungen sind vor allem psychopathische Persönlichkeiten, abnorme und neurotische Persönlichkeitsentwicklungen und bestimmte abnorme Erlebnisreaktionen abzugrenzen.

1.1.6 Therapie

Therapeutische und rehabilitative Handlungsprinzipien haben das Ziel, die Behinderungen des Kranken durch die Schizophrenie zu überwinden, ihn in das soziale Umfeld wieder zu integrieren sowie eine Wiedererkrankung zu verhindern. Lucius und Koch (1980) betonen in ihrer Übersichtsarbeit die Bedeutung eines übergreifenden Therapiekonzeptes mit zeitlicher und inhaltlicher Abstimmung der unterschiedlichen Therapieverfahren, die auf vorhandene Fertigkeiten des Patienten aufzubauen haben, dabei im Hinblick auf Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Ausrichtung auf das Alltagsleben Gesunder gestaffelt sein sollen und möglichst weitgehend soziale Ressourcen im Sinne einer gemeindenahen Versorgung in Anspruch nehmen sollen. Dabei kommt dem thera-

peutischen Milieu besondere Bedeutung zu, worunter nicht nur die atmosphärische Gestaltung des äußeren Rahmens sondern auch definierte therapeutische Ziele zu verstehen sind. Der Patient soll sich mit Problemen der Außenwelt unter beschützenden Bedingungen auseinandersetzen, wobei Normen und Erwartungen der Außenwelt für den Patienten deutlich markiert und an ihn herangetragen werden (Finzen 1978); Psychotherapie im engeren und weiteren Sinn und Somatotherapie sind dabei als sich ergänzende Behandlungsstrategien zu verstehen.

Die Einführung der Psychopharmakologie in den 50er Jahren hat neue Möglichkeiten geschaffen für die Bewältigung akuter Krisen, Rehabilitation und Rezidivprophylaxe. Dabei kommen zentralnervöse Stoffe zur Anwendung mit einem eindeutig von einem Placeboeffekt abgrenzbaren psychotropen Effekt. Der klinisch-therapeutische Effekt der Neuroleptika besteht in der Unterdrückung psychotischen Erlebens und Verhaltens, Dämpfung psychomotorischen Erlebens und emotionaler Erregung. So werden schizophrene Zielsymptome wie Autismus behandelt (der Schizophrene kann wieder sprechen), Katatonie (er kann wieder handeln), Wahn und Angst (er kann Menschen wieder begegnen) (Benkert und Hippus 1980). Daneben kommen stimmungsbeeinflussende Antidepressiva, angstbeeinflussende Tranquillizer sowie die bei Neuroleptika-Applikation gelegentlich auftretenden extrapyramidalen Nebenwirkungen erforderlich machenden Antiparkinsonmittel zur Anwendung. Unkritische Verabreichung und Verstärkung der Passivitätstendenzen beim Patienten gelten als Probleme in der Anwendung (Haase 1980).

Eine zentrale Stellung bei den handlungsbezogenen Verfahren im Therapie- und Rehabilitationsprozeß nehmen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ein, die aufbauend auf vorhandenen gesunden Anteilen des Patienten neue Fähigkeiten des Patienten und Möglichkeiten der Realitätsbewältigung schaffen und somit Selbstwertgefühl, Selbstverantwortung und Gemeinschaftsgefühl aufbauen (Janz 1979). Die Beschäftigungs-

therapie ist weniger auf das Produkt als auf die sinnvolle Betätigung ausgerichtet, regt Eigeninitiative und Phantasie an. Die psychoanalytisch orientierte Gestaltungstherapie zielt dabei über ein rein übendes Verfahren auf die Darstellung von Konflikten und Wünschen der Patienten ab (Janssen 1978). Die Arbeitstherapie mit dem therapeutischen Schwerpunkt auf Heranführen an Selbstverantwortlichkeit und Wertbewußtsein beruht auf der Herstellung von Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes unter gestaffelter Arbeitsmöglichkeit und Entlohnungssystem. Dabei werden entstehende Schwierigkeiten therapeutisch aufgearbeitet (Haerlin 1979).

Bei den psychotherapeutischen Techniken im eigentlichen Sinn kommen die auf Schizophrenie adaptierten psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Verfahren zur Anwendung. Die psychoanalytische Therapie liefert dabei über ein differenziertes Erklärungsmodell der Psychose ein Therapiekonzept, das die Arzt-Patienten-Beziehung und die Kooperation im Team reflektiert. Die aus der klassischen Psychoanalyse entwickelte psychoanalytische Psychosen-Therapie hat die Besonderheit, daß die "passive" analytische Haltung des Therapeuten aufgegeben wird, Erlebnislücken vorsichtig aufgedeckt werden und dabei besonderer Wert auf die präverbale Ebene und die Symbolsprache gelegt wird (Bally 1956, Federn 1978). Nach der sogenannten Technik der "Direktanalyse" (Rosen 1962, Benedetti 1975) wird die Übertragungsproblematik nicht hauptsächlich im verbalen Dialog, sondern im aktiven Handeln bearbeitet. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die symbolische Wunscherfüllung. Aggressiven Verhaltensweisen wird bei diesem Verfahren nicht ausgewichen.

Auch verhaltenstherapeutische Verfahren beziehen die Stationsgemeinschaft in das Konzept mit ein. Situationsunangemessene Verhaltensweisen des Patienten werden mit "Token-Economy-Programmen" in Richtung auf ein realitätsgemäßes Verhalten verändert; hier werden sogenannte Token zur Überwindung der zeitlichen Distanz zwischen Zielverhalten und zu erwartender

Belohnung eingeführt (Lorenzen 1977). "Social-skills-Programme" sind auf den Erwerb von Fertigkeiten ausgerichtet, die sich auf Konversation, soziale Wahrnehmung und auf Abbau des sozialen Rückzugsverhaltens beziehen (Liebermann 1981). Störungen des Denkens, Sprechens, Verbalisierens emotionaler Erlebnisinhalte sind mit einem verhaltens- und gesprächstherapeutischen Konzept behandelbar (Süllwold 1978, Teusch 1982). Als den unterschiedlichen Therapierichtungen übergreifendes Konzept versucht die "psychotherapeutische Grundhaltung" (Riemann 1974, Dörner 1980, Haase 1980) einen unterschiedlichen Schwerpunkt des mehr erlebensbezogenen oder mehr verhaltensbezogenen Ansatzes (Psychoanalyse und Verhaltenstherapie) und eine unterschiedliche Bewertung von psychischer oder somatischer Genese (Anlage und Umwelt) zu überwinden und Schizophrenie als multikausalbedingtes Geschehen zu verstehen und zu behandeln.

1.2

Erfassung von Affekten mit dem Gottschalk-
Gleser-Sprachinhaltsanalytischen Verfahren

1.2.1

Affektstörungen und ihre Bedeutung im
Schizophrenie-Konzept

Langzeituntersuchungen zur Erforschung von Indikatoren für ein hohes Rückfallrisiko schizophrener Patienten zeigten, daß am wirkungsvollsten eine kombinierte psychopharmakologische und psychosoziale Nachbetreuung ist (Ciompi und Müller 1976, Huber et al. 1979, Müller 1982). Als guter Indikator für einen Rehabilitationserfolg von den Variablen des sozialen Umfeldes gilt eine positive Erwartungshaltung bei den Angehörigen und dem Pflegepersonal bei der stationären Behandlung (Ciompi et al. 1978). Seit Anfang der 60er Jahre liegen Untersuchungen vor, die die Emotionen der nächsten Bezugspersonen des Schizophrenen in seiner Familie als wichtigen Faktor für die Rückfallquote aufzeigen. Brown et al. (1962) weisen darauf hin, daß die Rückfallgefährdung akut Erkrankter nach der Entlassung aus stationärer Behandlung als abhängig von der Höhe der negativen "expressed emotions" (EE) der nächsten Bezugsperson in der Familie ist. Mit Hilfe des Camperwell family interview (CFI), eines halbstrukturierten Interviews, werden Einschätzungen nach verschiedenen Emotionsarten vorgenommen. Dieses Verfahren wird im amerikanischen Raum vor allem von Liberman (1979) angewendet, es liegt aber inzwischen auch in einer deutschen Adaptation vor (Buchkrenner 1982). Vaughn und Leff (1976) replizierten die Untersuchung von Brown mit nahezu selbem Ergebnis. Bei 128 schizophrenen Patienten lag 9 Monate nach der Entlassung aus stationärer Behandlung die Rückfallquote bei 51%, wenn die bedeutsame Bezugsperson der Erkrankten einen hohen EE-Wert hatte, hingegen bei 13%, wenn die Bezugsperson einen niedrigen EE-Wert hatte. Bei Patienten mit einem Angehörigen mit hohem EE-Wert ergab sich die beste Rückfallverhinderung mit 15% bei Anwendung einer Neuroleptika-

Dauermedikation und Verminderung des Kontaktes zwischen Angehörigem und Patient, gegenüber einer Rückfallquote von 92% bei unvermindertem Kontakt und ohne Neuroleptika-Dauermedikation. Mittlere Rückfallquoten ergaben Dauermedikation ohne Kontaktreduktion mit 53% und Reduktion der Kontaktdichte ohne Dauermedikation mit einer Quote von 42%. Bei Patienten mit einem Angehörigen mit einem hohen EE-Wert spielte also bei der Rückfallquote neben der neuroleptischen Dauermedikation die Kontaktdichte zwischen Patient und Angehörigem eine Rolle, vor allem der als face-to-face-Kontakt bezeichnete direkte Kontakt von 35 Wochenstunden miteinander. Das Ergebnis dieser Arbeit mag so interpretiert werden, daß die Verletzbarkeit des Patienten und sein Bedürfnis nach emotionaler Distanz entscheidend für eine Rückfallgefährdung ist. Seine Empfindlichkeit kann vermutlich durch Neuroleptika reduziert werden, weshalb die Fortführung der neuroleptischen Medikation nach Entlassung auch ohne Fortbestehen von floriden psychotischen Symptomen sinnvoll erscheint. Die Konflikthaftigkeit des sozialen Umfeldes ist der andere Faktor. Als wesentliches Problem der Angehörigen stellt sich das Eingehen auf den Patienten dar und die Berücksichtigung seiner Verletzbarkeit und seiner Distanzprobleme. Wird durch therapeutisches Einwirken der Direktkontakt zum Angehörigen gemindert, verringert sich auch die Verletzungsmöglichkeit des Patienten und zugleich wird eine hohe negative emotionale Aufladung des Angehörigen verhindert. Leff (1979) berücksichtigt besonders letzteren Gesichtspunkt in seiner therapeutischen Arbeit. Er behandelt gruppentherapeutisch Elternpaare mit hohem EE-Wert, die ein schizophrenes Kind haben, um so indirekt eine Stabilisierung beim schizophrenen Patienten zu erreichen. Auch aus dem deutschen Sprachraum liegt eine Untersuchung vor, die die Beziehung zwischen dem EE-Index der Angehörigen und dem EE-Index der Patienten untersucht, um Hinweise auf emotionale Interaktionsmuster zu gewinnen (Buchkrenner 1982). Es wurden bei 24 schizophrenen Patienten CFI-Interviews durchgeführt. Von Ratern

wurde der EE-Index auf einer 4-stufigen Skala, die 9 emotionale Qualitäten umfaßt, eingeschätzt (Kritik, Überfürsorglichkeit, Ablehnung, Resignation, Gleichgültigkeit, Wärme, Dominanz, Akzeptanz). Korrelationen der EE-Faktoren zwischen Angehörigen und Patienten ergaben positive Korrelationen der EE-Faktoren Kritik, Ablehnung, Resignation und Akzeptanz der Angehörigen mit den jeweiligen EE-Faktoren der Patienten. Dies wurde als Wechselseitigkeit (Reziprozität) des Interaktionsstils interpretiert. Überfürsorglichkeit korrelierte bei Angehörigen und Patienten mit Resignation und Gleichgültigkeit. Überfürsorglichkeit der Angehörigen korrelierte negativ mit Dominanz der Patienten. Für die Untergruppe der chronisch Schizophrenen, deren Symptomatik häufig durch Antriebsstörungen, Affektverarmung und Autismus gekennzeichnet ist, korrelierten die EE-Faktoren Resignation, Gleichgültigkeit und Ablehnung signifikant mit den EE-Faktoren Überfürsorglichkeit und Ablehnung bei den Angehörigen. - Unter Einbeziehung eines Chronifizierungsmaßes (Dauer der Erkrankung, Anzahl der stationären Aufenthalte) fanden sich signifikante Korrelationen zwischen den EE-Faktoren Feindseligkeit und Dominanz der Angehörigen und einem ungünstigen Krankheitsverlauf. Es muß also die Bedeutung des Ausmaßes der in den Familien schizophrener Patienten ausgedrückten Gefühle als wesentlicher Einflußfaktor auf das Krankheitsgeschehen herausgehoben werden. Diese neueren Forschungsansätze haben wieder die Aufmerksamkeit auf die Affektstörungen und ihre Bedeutung im Schizophrenie-Konzept gelenkt. Wie in früheren Kapiteln eingehend dargestellt, findet sich bei Schizophrenen im chronischen Verlauf eine "Potentialreduktion" mit einer Modulationsschwäche des Ausdrucks der Sympathiegefühle, Einbuße an Spontaneität und Initiative (Schüttler, Groß und Huber 1980). Diese Mangelercheinungen werden von den Kranken bewußt erlebt und sie müssen unter ihnen leiden. Andererseits kommt es zu einer dynamischen Bereitschaft in Form vermehrter Erregbarkeit, Beeindruckbarkeit und Betriebbarkeit. Man kann von der "Pluskomponente" der veränderten

Antriebshaftigkeit sprechen und den anderen Aspekt als "indirektes Minussymptom" auffassen. Schneider (1971) weist den Affektstörungen bei der Diagnose der Schizophrenie eine Bedeutung bei den Symptomen zweiten Ranges zu. Bleuler (1972) erklärt mit den Affektstörungen als Primärsymptom das Wesen der Schizophrenie. Der psychoanalytische Ansatz räumt den Affekten eine wichtige Stellung ein. Fenichel (1975) schreibt: "Der Verlust einer emotionalen Kommunikation mit Objekten führt auch zum Verlust der Verknüpfung zwischen verschiedenen emotionalen Zuständen und die individuellen Emotionen sind automatisiert und rigide geworden.... Bei Normalen und Neurotikern ist der Gesichtsausdruck entscheidend dafür, wie Gefühle Objekten gegenüber representiert werden. Sind jedoch die Objektbeziehungen verlorengegangen, so verliert auch der Gesichtsausdruck seinen Zweck und seine Charakteristik. Er wird rätselhaft leer und stellt nur noch einen schalen Rest dar."

Allen Autoren ist gemeinsam, daß sie ein Defizit an Mitteilung von Gefühlen und an Erleben von Gefühlen beschreiben. In jüngerer Zeit sind Affektivitätsstörungen bei Schizophrenen auch experimentell untersucht worden. So gibt es seit den 70er Jahren Untersuchungen über das Erkennen und Unterscheiden von Emotionen anhand von Gesichtsausdrücken bei Schizophrenen. Dazu hat man die Fähigkeit von Schizophrenen untersucht, Emotionen auf fotografisch festgehaltenen Gesichtsausdrücken anderer Personen zu erkennen. Shanon (1970) untersuchte mit 22 Fotografien von Gesichtsausdrücken ein Kontinuum von positiven zu negativen Emotionen mit Glück, Trauer, Wut, Furcht, Ekel, Überraschung bei schizophrenen, depressiven und normalen Personen. Depressive differenzierten signifikant schlechter Furcht, Schizophrene signifikant schlechter Furcht, Wut und Ekel. Dougherty (1974) hatte in seiner Gefühlsskala außer Freude, Trauer, Wut, Furcht, Ekel, Überraschung auch Interesse und Scham. Schizophrene nahmen hier Ekel und Scham im Vergleich zur Normalpopulation kaum wahr. Muzekari und

Bates (1977) nahmen zu Fotografien auch Videoaufzeichnungen ohne Ton dazu. Folgende Emotionen wurden untersucht: Glück, Trauer, Ärger, Angst, Schreck, Liebe, Zuneigung, Fröhlichkeit, Enttäuschung. Das Ergebnis war, daß Normalpersonen Emotionen besser einschätzen konnten als Schizophrene und daß bei den Schizophrenen auch durch die Hinzunahme des Video-Materials zu den Fotos Emotionen nicht besser wahrgenommen werden konnten. Dagegen schien es hilfreich für die Patienten zu sein, wenn man mit einem multiple-choice ihnen emotionale Alternativen zu den Bildern aufzeigen konnte. Walker und Marwid (1980) testeten die gleichen Emotionen wie Dougherty: Freude, Wut, Trauer, Ekel, Furcht, Überraschung, Interesse, Scham und gaben zu den Fotos Karten, auf denen der Gefühlseindruck verbalisiert war. Schizophrene Patienten erkannten dabei signifikant schlechter negative Gefühle. Es bestanden quantitative aber wiederum keine qualitativen Unterschiede in den gemachten Fehlern. Die Ergebnisse zeigen, daß bei Schizophrenen ein Defizit im Erkennen negativer Emotionen vorliegt, bei Wut, Furcht, Ekel, Scham, Trauer.

Dieses Ergebnis wird von den Autoren in theoretischen Zusammenhang mit dem Verhalten der Schizophrenen gebracht, die zum sozialen Rückzug, zur Meidung von Kommunikation neigen, die passiv und zurückgezogen sind. Dies wird als Reaktion auf die besondere Sensibilität, die besondere Erregbarkeit durch Reize der Schizophrenen zurückgeführt, die sich so durch Rückzug vor Reizen schützen können. Dieser Rückzug aus der Gemeinschaft mit anderen führe dazu, daß sie sich selbst die Möglichkeit nehmen, sowohl diese Reize erkennen zu lernen, diese Reize zu erleben als auch die Reaktion der Umgebung auf diese Reize wahrzunehmen. So entstehe ein emotionales Defizit im Erleben von Gefühlen als auch ein kognitives Defizit, in der falschen Interpretation von Reizen. Dieser Forschungsansatz zur Emotionsforschung an Schizophrenen hat zweifellos wichtige Ergebnisse gebracht. Offen bleibt allerdings, ob entsprechende

Wörter für Emotionen mit den zugehörigen, in fotografierten Gesichtsausdrücken festgehaltenen negativen Emotionen von den schizophrenen Versuchspersonen nun deshalb nicht miteinander in Verbindung gebracht werden konnten, weil eine kognitive Störung vorliegt, eine Wahrnehmungsstörung, oder ob es sich auch um eine eigentliche Affektstörung handelt, also ob diese Affekte nicht erlebt und empfunden werden können. Diese Frage könnte ein Affektmeßverfahren klären. Nun hat es schon viele Versuche gegeben, Meßverfahren für Affekte zu entwickeln. Es wurden Selbstbeschreibungsverfahren angewandt, z.B. Stimmungswörterlisten, wobei vor allem die soziale Erwünschtheit den Verfahren Grenzen setzte. Bei den Fremdbeschreibungsverfahren stand oft mehr das Erleben und die Interpretation des Beobachters als des Untersuchten im Vordergrund. Am ehesten noch wurden projektive Verfahren dem Phänomen Affekt gerecht. Allerdings schufen alle diese Verfahren mehr oder weniger eine Testsituation, die wiederum Auswirkungen auf die Affekte hatte. Einen anderen Ansatz verfolgen die physiologischen und biochemischen Verfahren. Sie liefern leicht quantifizierbare und gegenüber kleinen und schnellen Intensitätswechseln empfindliche Indikatoren. Bei diesen allerdings werden die Affekte noch ungenügend differenziert, was Qualität und Quantität betrifft.

Um den Komplexitätsgrad der Affekterfassung aufzuzeigen, möchte ich Forderungen an ein Verfahren nennen, das Affekte adäquat erfassen soll (nach Schöfer 1974):

1. Ein Affekt ist ein komplexes Phänomen aus psychischen, physiologischen und biochemischen Komponenten. Es gibt unterschiedliche Gewichtungen der einzelnen Anteile sowie Wechselwirkungen (Schwitzen vor Angst).
2. Affekte sind flüchtige, zeitlich unterschiedliche, oft schnell wechselnde Zustände von unterschiedlicher Intensität; es gilt, dieser Flexibilität bei der Erfassung gerecht zu werden.
3. Affekte können ungetrührt, aber oft auch gemischt auf-

treten (Angst und Ärger).

4. Affekte sind zu einem guten Teil unbewußt. Der unbewußte Anteil ist nicht direkt erfaßbar, sondern nur indirekt aufgrund von Äquivalenten zu erschließen.

5. Affekte werden, da sie z.T. unbewußt sind, oft unterdrückt oder verheimlicht.

6. Das bewußte psychische Erleben eines Affektes ist erst dann möglich, wenn der Affekt mit einer Vorstellung verbunden ist. Die Qualität eines Affektes läßt sich oft erst über die Vorstellung erschließen.

Der Affektbegriff, der aus diesen 6 Punkten deutlich wird, liegt dem Gottschalk-Gleser-Verfahren zugrunde. Die Autoren bezeichnen ihren theoretischen Standort als "eclectic", als eine Mischung aus linguistischen, behaviouristischen und psychoanalytischen Gesichtspunkten. Dieses Verfahren dient der Erfassung spontaner Affekte, die sich in verbalen Inhalten gesprochener Texte niederschlagen und es wird auf die Transkripte dieser Texte angewandt, es handelt sich also um ein sprachinhaltsanalytisches Verfahren. Vorläufer des Verfahrens waren das Type-Token-Ratio (TTR, Jaffé 1958). Dies liefert nur geringe Unterscheidungsmöglichkeiten für spezifische Emotionen. Das Speech-Disturbance-Ratio bezieht sich auf strukturelle Sprachmerkmale wie Stottern und Wiederholen (Mahl 1956). Der Discomfort-Relief-Quotient (Dollard und Mowrer 1947) beschränkt sich nur auf manifesten Sprachinhalt. Das Gottschalk-Gleser-Verfahren hingegen ist ein sprachinhaltsanalytisches Verfahren, das von einem definierten Affektkonzept ausgeht, auf das ich weiter unten eingehen werde. Das Verfahren wurde vor 20 Jahren im amerikanischen Sprachraum entwickelt. Anhand von Aggressivitäts- und Angstskalen werden Sprachproben von gewöhnlich 5 Minuten Dauer, die unter standardisierten Bedingungen mit Instruktion erhoben werden, ausgewertet (Gottschalk und Gleser 1969). Die Auswertung setzt Rater-Erfahrung voraus. Eine Vielzahl von neuropharmakologischen, psychophysiologischen und psychosomatischen Studien liegt aus dem ameri-

kanischen Raum vor (Gottschalk et al. 1969). Unter den nationalen Adaptionen des Verfahrens gibt es auch eine deutsche Version, die seit 10 Jahren angewendet wird (Schöfer 1980).

1.2.2 Grundannahmen des Gottschalk-Gleser-Verfahrens

Die Autoren machen bei der Erfassung der Affekte folgende Grundannahmen: Um vom sprachlichen Verhalten eines Menschen zu Aussagen über die dabei vorherrschenden Affekte zu gelangen, gilt, daß sich die in den Menschen vorherrschenden Affekte in den Inhalten dessen, was er denkt oder spricht, niederschlagen. Wenn jemand ärgerlich ist, werden sich mehr Inhalte in seiner Sprache finden lassen, die einen Hinweis auf seinen Ärger auf sich oder andere zum Ausdruck bringen, oder bei Angst werden sich eher ängstliche Inhalte finden. Als weitere Annahmen werden hinzugenommen:

1. Die relative Größe eines Affektes kann anhand inhaltlicher Variablen erfaßt werden, parasprachliche Variablen (z.B. Tonhöhe, Tonstärke) dienen mehr der Verdeutlichung, als daß sie eine eigenständige Aussage in Bezug auf Affekte machen.
2. Die Größe eines bestimmten Affektes ist direkt proportional jedem der folgenden Faktoren:
 - a) Der Häufigkeit des Auftretens bestimmter Inhaltskategorien: d.h. je häufiger der Inhalt geäußert wird, desto stärker ist der dahinter stehende Affekt.
 - b) Das Ausmaß an Direktheit, mit dem in einem Inhalt ein Affekt zum Ausdruck gebracht wird ("Ich hasse ihn" oder "Ich mag ihn nicht").
 - c) Dem Ausmaß an persönlicher Beteiligung, die der Sprechende Gedanken, Gefühlen und Handlungen beimißt ("Im Krieg starben Leute" oder "Ich hatte Angst, im Krieg zu sterben").
3. Das Ausmaß an Direktheit und das Ausmaß an persönlicher Beteiligung können rechnerisch durch einen Gewichtungsfaktor dargestellt werden. Dieses zahlenmäßige Gewicht beschreibt grob die relative Wahrscheinlichkeit, wie stark ein Inhalt mit einem Affekt verknüpft ist (der Affekt: "Ich hasse ihn",

könnte ein höheres Gewicht bekommen als "Ich hatte Angst, im Krieg zu sterben").

4. Affekte werden z.T. unterdrückt oder verdrängt. Dies beeinträchtigt sowohl die Direktheit als auch die persönliche Beteiligung. Unter Beurteilung der Abwehrmechanismen werden diese unbewußten Affektanteile erschließbar:

- a) Der Affekt oder die damit verknüpften Vorstellungen oder Handlungen werden anderen Menschen unterstellt (Projektion). Im Weiteren gilt das dann auch für Tiere und unbelebte Sachen.
- b) Die Objekte, denen der Affekt gilt, werden durch andere ersetzt (Verschiebung oder auch Wendung gegen die eigene Person).
- c) Der Affekt und seine Äquivalente werden nicht anerkannt oder verneint (Verleugnung, Verneinung).
- d) Der Affekt und seine Äquivalente werden anerkannt, aber in abgeschwächter Form mitgeteilt (soziale Anpassung).

1.2.3 Methode

Gottschalk und Gleser haben eine Standardisierung in Erhebung und Auswertung von Sprachproben angestrebt. Die Sprachproben werden in einer wenig strukturierten und gewöhnlichen Situation mit einer Standardinstruktion gewonnen. Hierbei erhält der Zuuntersuchende wenig oder gar keine Hinweise, daß und inwiefern seine Äußerungen ausgewertet werden. Er hat so also wenig Möglichkeiten, sich hinsichtlich der Untersuchungsrichtung einzustellen und das Ergebnis willkürlich zu beeinflussen. In dieser Form ist das Verfahren weniger einem Selbstbeschreibungsverfahren als einem projektiven Test ähnlich. Die Standardinstruktion lautet: "Dies ist eine Sprachuntersuchung. Bitte berichten Sie 5 Minuten über irgendetwas Interessantes oder Aufregendes aus Ihrem Leben. Ich werde Ihnen in dieser Zeit nur zuhören und keine Fragen beantworten". Die Standardinstruktion bietet den Vorteil, den "projektiven Aspekt" zu maximieren und somit die Reaktion auf die Person des Interviewers zu minimieren, indem dieser während der Sprach-

probe so wenig wie möglich in Interaktion mit dem Befragten tritt und schweigend und neutral zuhört. In dieser Form ist das Verfahren hauptsächlich verwendet worden. Es ist aber auch auf andere verbale Materialien anwendbar wie Interview, Psychotherapiedialoge oder thematische Berichte. Die auf Band gesprochenen Sprachproben werden transkribiert und in Bewertungseinheiten eingeteilt und nach den einzelnen Skalen ausgewertet. Die Bewertungseinheit ist hier ein grammatikalischer Satz, sowohl Haupt- wie Nebensatz. Da nach der Ansicht der Autoren sich die momentan vorherrschenden Affekte der Testperson in deren verbalen Äußerungen niederschlagen, dient das Verfahren in erster Linie der Erfassung von states, die qualitativ und quantitativ differenzierbar und nach der Richtung beurteilbar sind und Aussagen darüber zulassen, inwieweit sie im Affekterleben repräsentiert sind bzw. Abwehrmechanismen unterlegen sind. Da das Verfahren für die Testperson nicht durchschaubar ist, ist es gerade für Mehrfacherhebung geeignet.

1.2.4 Beschreibung der Skalen

1.2.4.1 Aggressivitätsskalen

Hinsichtlich der Aggressivität werden entsprechend der Richtung des aggressiven Impulses drei Formen unterschieden: Neben der gängigen Einteilung in "nach außen gerichtete" und "nach innen gerichtete Aggressivität" als Drittes die "von außen gegen das Subjekt gerichtet erlebte Aggressivität". "Nach außen gerichtete Aggressivität" (Abb. 4) erfaßt die Intensität von abwertenden, ärgerlichen, verletzenden, asozialen Impulsen und Regungen gegenüber Objekten außerhalb des Selbst. Durch eine weitere Untergliederung der Skala kann die Unterform "offen nach außen gerichtete Aggressivität" - wobei der Impuls vom Subjekt ausgeht - von der Unterform "verdeckte Aggressivität" unterschieden werden, wobei der Impuls von anderen ausgeht. Die Subkategorien der einzelnen Aggressivitätsskalen sind Beschreibungen von Inhalten, die sich in Handlungen, Gedanken,

HDO-Skala: Nach außen gerichtete Aggressivität,
offene und verdeckte Form
Zerstörerische, verletzende, kritische Gedanken und
Handlungen gegenüber anderen

- | I Offen
(Selbst gegenüber anderen) | II Verdeckt
(Andere gegenüber anderen) |
|---|--|
| a3 Der Sprechende tötet, verletzt, bekämpft andere Menschen oder droht es zu tun. | a3 Andere Menschen töten, verletzen, bekämpfen andere Menschen oder drohen es zu tun. |
| b3 Der Sprechende beraubt andere Menschen oder läßt sie im Stich, verursacht anderen Leiden oder Angst oder droht es zu tun. | b3 Andere Menschen berauben andere Menschen oder lassen sie im Stich, verursachen anderen Leiden oder Angst oder drohen es zu tun. |
| c3 Der Sprechende kritisiert, verachtet, erniedrigt, beschuldigt andere Menschen, drückt Ärger oder Mißfallen über andere Menschen aus. | c3 Andere Menschen kritisieren, verachten, erniedrigen, beschuldigen andere Menschen, drücken Ärger oder Mißfallen über andere Menschen aus. |
| a2 Der Sprechende tötet, verletzt oder verunstaltet Haustiere oder Schoßtiere oder droht es zu tun. | a2 Andere Menschen töten, verletzen oder verunstalten Haustiere oder Schoßtiere oder drohen es zu tun. |
| b2 Der Sprechende läßt Haustiere etc. im Stich, beraubt sie oder droht es zu tun. | b2 Andere Menschen lassen Haustiere etc. im Stich, berauben sie oder drohen es zu tun. |
| c2 Der Sprechende kritisiert oder setzt andere herab, dies in unbestimmter oder milder Form. | c2 Andere Menschen kritisieren oder setzen andere herab, dies in unbestimmter oder milder Form. |
| d2 Der Sprechende entzieht sich oder etwas anderen Menschen oder enttäuscht sie oder droht es zu tun. | d2 Andere Menschen entziehen sich oder etwas anderen Menschen oder enttäuschen sie oder drohen es zu tun. |
| | e2 Andere (Menschen oder Haustiere) sterben gewaltsam oder werden in einer lebensbedrohlichen Situation getötet oder sind davon bedroht. |
| | f2 Körper (von Menschen oder Haustieren) werden verstümmelt, verunstaltet, verunglimpft. |

Wünschen etc. niederschlagen. Die einzelnen Subkategorien sind in einer Reihe angeordnet, die von starker Aggressivität gegenüber Menschen bis zur Verneinung jedes aggressiven Impulses reicht. Hiernach richtet sich auch die Gewichtszuordnung: Dem stärksten Ausdruck von einem aggressiven Impuls wird ein hohes Gewicht zugeordnet, dem schwächsten ein niedriges. "Nach innen gerichtete Aggressivität" (Abb. 5) soll den Grad von Selbsthaß, Selbstkritik, Depression und Masochismus messen, teils als gegen das Selbst gerichtete Aggressivität in Form autoaggressiver Handlungen, teils als depressive Gestimmtheit. "Ambivalente Aggressivität" (Abb. 5): Hierbei liegt eine Projektion aggressiver Impulse auf andere und eine Wendung gegen die eigene Person vor, so daß es zu einer Umkehrung des Erlebens der Aggressivität kommt. Sie ist ein wichtiges Element des paranoiden Syndroms.

1.2.4.2 Angstskalen

In Anlehnung an die psychoanalytische Theorie haben die Autoren sechs Unterformen der Angst unterteilt: Todesangst, Verletzungsangst, Trennungsangst, Angst vor Schuld, Angst vor Scham und Schande, diffuse Angst. Die Gewichtung wird bei dieser Skala danach zugeordnet, mit welchem Subjekt oder Objekt die verschiedenen Ängste verbunden sind, also Selbst, Personen oder unbelebte Objekte (Abb. 6).

Todesangst: Mit dieser Subskala werden alle Inhalte erfaßt, die direkt von Tod, Zerstörung, Sterben oder solch einer Bedrohung handeln.

Verletzungsangst: Das hier enthaltene Konzept der Kastrationsangst geht dabei über physische Verletzung hinaus.

Trennungsangst: Hierunter wird Angst vor Objektverlust verstanden.

Schuldangst: Hierunter fallen Inhalte wie Kritik, Beschimpfung, Verurteilung, Grausamkeit.

Angst vor Scham und Schande: Hier sind Inhalte von Spott, Unzulänglichkeit, Verlegenheit und Demütigung gemeint.

**HDI-Skala: Nach innen gerichtete Aggressivität
Selbstzerstörerische und selbstkritische Gedanken
und Handlungen**

I. HDI

- a4 Der Sprechende versucht oder droht (absichtlich oder unabsichtlich) sich zu töten.
- b4 Der Sprechende wünscht zu sterben, meint es zu müssen oder es zu verdienen.
- a3 Der Sprechende verletzt, verstümmelt, verunstaltet sich, absichtlich oder unabsichtlich, oder droht es zu tun.
- b3 Der Sprechende macht sich Vorwürfe, drückt Haß oder Ärger gegenüber sich selbst aus, betrachtet sich als unwürdig oder wertlos, bereitet sich Kummer und Sorgen oder droht es zu tun.
- c3 Der Sprechende äußert Gefühle von Mutlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, das Gefühl, betrübt und niedergeschlagen zu sein, das Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens.
- a2 Der Sprechende äußert, daß er bestraft werden müsse oder es verdient, sühnen oder Buße tun muß.
- b2 Der Sprechende kritisiert sich selbst, setzt sich herab, äußert Bedauern, Reue und Scham über etwas, was er sagt oder tut, gibt Fehler oder Irrtümer seinerseits zu.
- c2 Der Sprechende äußert Gefühle von Entbehrung, Enttäuschung, Einsamkeit.
- a1 Der Sprechende ist von sich enttäuscht, er entspricht nicht den eigenen Erwartungen oder denen anderer.
- b1 Verneinung und Verleugnung von selbstzerstörerischen und selbstkritischen Gedanken und Handlungen.
- c1 Der Sprechende fühlt sich (von sich selbst) getrieben und gezwungen, seinen eigenen Erwartungen und Wertvorstellungen zu entsprechen.

**AH-Skala: Gegen das Selbst gerichtete Aggressivität
Zerstörerische, verletzende, kritische Gedanken und
Handlungen anderer dem Sprechenden gegenüber**

II. AH

- a3 Andere Menschen töten den Sprechenden oder drohen es zu tun.
- b3 Andere Menschen verletzen den Sprechenden körperlich, verstümmeln und entstellen ihn oder drohen es zu tun.
- c3 Andere Menschen kritisieren den Sprechenden, machen ihm Vorwürfe, bringen Ärger oder Mißfallen über ihn zum Ausdruck oder drohen es zu tun.
- d3 Andere Menschen lassen den Sprechenden im Stich, berauben ihn, verursachen ihm Leiden, Schmerz oder Angst.
- a2 Andere Menschen entziehen sich dem Sprechenden, enttäuschen und mißverstehen ihn oder drohen es zu tun.
- b2 Der Sprechende wird durch nichtmenschliche Wesen oder durch unbelebte Objekte mit dem Tod bedroht oder ist in einer lebensbedrohlichen Situation.
- a1 Andere (nichtmenschliche Wesen oder unbelebte Objekte oder Situationen) verletzen, verlassen, berauben den Sprechenden, verursachen ihm Leiden oder Angst.
- b1 Verneinung und Verleugnung von zerstörerischen, verletzenden, kritischen Gedanken und Handlungen

Angstskala⁺

1. Todesangst

Äußerungen über Tod, Sterben, Zerstörung, tödliche Bedrohung oder über Todesangst, erlebt von oder aufgetreten bei:

- a) dem Sprechenden (3)
- b) anderen Lebewesen (2)
- c) unbelebten Objekten (1)
- d) Verneinung und Verleugnung (1)

2. Verletzungs- (Kastrations-) Angst:

Äußerungen über Verletzungen, körperliche Schäden oder über Angst vor Verletzung oder über eine solche Bedrohung, erlebt von oder aufgetreten bei:

- a) dem Sprechenden (3)
- b) anderen Lebewesen (2)
- c) unbelebten Objekten (1)
- d) Verneinung und Verleugnung (1)

3. Trennungsangst:

Äußerungen über Im-Stich-gelassen-werden, verlassen-werden, Zurückweisung, Verlust von Unterstützung, Fallen, Liebesverlust oder Verlust des geliebten Objektes, Einsamkeit oder über eine solche Bedrohung, erlebt von oder aufgetreten bei:

- a) dem Sprechenden (3)
- b) anderen Lebewesen (2)
- c) unbelebten Objekten (1)
- d) Verneinung und Verleugnung (1)

4. Angst vor Schuld:

Äußerungen über Kritik, Beschimpfung, Beleidigung, Verurteilung, Mißbilligung, Grausamkeit, Mißhandlung, Schuld oder von einer solchen Bedrohung, erlebt von:

- a) dem Sprechenden (3)
- b) anderen Lebewesen (2)
- d) Verneinung und Verleugnung (1)

5. Angst vor Scham/Schande:

Äußerungen über Spott, Unzulänglichkeit, Scham/Schande, Verlegenheit, Demütigung, Hervorhebung von Schwächen oder privaten Einzelheiten oder über eine solche Bedrohung erlebt von:

- a) dem Sprechenden (3)
- b) anderen Lebewesen (2)
- d) Verneinung und Verleugnung (1)

6. diffuse oder unspezifische Angst:

Ängstliche Äußerungen in einzelnen Wörtern oder Sätzen ohne Charakterisierung der Art oder der Ursache der Angst, bezogen auf:

- a) den Sprechenden (3)
- b) andere Lebewesen (2)
- c) Verneinung und Verleugnung (1)

⁺ Die Zahlen in der Klammer geben das Gewicht an.

Diffuse Angst: Im Gegensatz zu den fünf anderen Angstarten werden hier Ängste ohne Charakterisierung der Art oder der Quelle angegeben.

1.2.5 Auswertungstechnik

Die Skalen sind so konstruiert, daß nur wenige psychologische Vorkenntnisse notwendig sind und eigentlich keine Interpretationen Voraussetzung für die Auswertung der Sprachproben sind. Man bedarf daher zur Auswertung nicht unbedingt Psychologen oder intensiv-psychologisch ausgebildete Personen, sondern in das Verfahren können technische Hilfskräfte eintrainiert werden, die mit einem gewissen psychologischen Einfühlungsvermögen ausreichend gut auswerten können. Ein intensives Training des Auswertungsverfahrens ist allerdings notwendig. Gottschalk und Gleser geben für die Übereinstimmung in den von zwei unabhängigen Auswertern gewonnenen Werten als Mindestgrenze einen Korrelationskoeffizienten von 85 an. Die Bewertungseinheit für dieses Verfahren ist ein grammatikalischer Satz. Jeder Satz kann in einer Skala nur einmal bewertet werden. Bewertungen auf verschiedenen Skalen sind jedoch möglich. Die in einem Text kodierten Gewichte einer Skala werden zu einem Rohwert summiert. Dieser wird dann nach folgender Formel zu einem Endwert verrechnet:

$$\text{Endwert} = \sqrt{\frac{100 \times (\text{Rohwert} + 0,5)}{\text{Wortzahl}}}$$

Es sind daher drei Punkte von Bedeutung:

1. Um verschieden lange Texte vergleichbar zu machen, wird der Wert durch den Korrigierfaktor $\frac{100}{\text{Wortzahl}}$ auf 100 Wörter bezogen.
2. Zur Vermeidung von Null-Werten wird zum Rohwert 0,5 addiert, d.h. der niedrigste Wert ist 0,5.
3. Eine weitere Transformation ist die Wurzelbildung, die die Schiefheit der Verteilungskurve aufheben soll, damit die Werte parametrischen Verfahren unterworfen werden können.

Es ergeben sich durch diese Veränderungen des Rohwertes bei niedrigen Wortzahlen Verzerrungen: Bei Wortzahlen unter 100 wird der Wert erhöht, über 100 aber linear erniedrigt. Zusätzliche Verzerrungen ergeben sich bei niedrigen Wortzahlen durch die Addition von 0,5 zum Rohwert. Dieser Summand erhält dann ein relativ hohes Gewicht bei niedrigen Wortzahlen. So ist bei Wortzahl 100 und Rohwert 0 der Endwert 0,707 und bei Wortzahl 10 und Rohwert 0 der Endwert 2,236. Aus diesen Gründen und aus einigen Reliabilitätsstudien geben Gottschalk und Gleser an, daß Texte mit Wortzahlen unter 70 nicht ausgewertet werden sollen, da die Reliabilitätswerte stark absinken.

1.2.6 Anwendungsbereich

In den vergangenen 20 Jahren wurden von Gottschalk und Gleser und anderen Arbeitsgruppen eine große Anzahl von Studien mit dem sprachinhaltsanalytischen Verfahren durchgeführt, auf die hier nur exemplarisch eingegangen werden kann. Zunächst lag der Schwerpunkt der Forschung auf der Klärung der Beziehung der inhaltsanalytischen Skalen zu anderen psychologischen Verfahren der Affektmessung wie Stimmungswörterlisten (Gottschalk und Gleser 1969, Schöfer 1979a), trait-messenden Fragebögen und rating-Verfahren (Gottschalk und Gleser 1969, 1976, 1979), projektiven Verfahren (Gottschalk und Gleser 1969), wobei positive und sinnvolle Zusammenhänge gefunden werden konnten. Eine neuere Übersicht von Gottschalk (1979) zeigt, daß der jetzige Akzent bei neuropsychopharmakologischen, psychophysiologischen, psychosomatischen und psychokinatischen, psychodynamischen und psychopolitischen Studien liegt.

1.2.6.1 Psychopharmakologische Studien

Derzeit liegt eine Vielzahl von psychopharmakologischen Studien zur Messung von Reaktionen auf psychoaktive Substanzen vor: Die Dauermedikation mit Diphenylhydantoin hatte bei einsitzenden Strafgefangenen keinen Einfluß auf

die Angst- und Aggressionswerte (Gottschalk 1973a). Lorazepam, ein hoch wirksames Benzodiazepin, reduzierte signifikant Angstscores (Gottschalk 1972b). Bei der Untersuchung der Wirkung von Amphetamin und Secobarbital im Vergleich zu Placebo wurden Versuchsleitereffekte durch unterschiedliche Beschreibung der erwarteten Wirkung, welche zufällig der verabreichten Droge zugeordnet wurde, mit einbezogen. Beim anschließenden Experiment, das die Leistungsfähigkeit erfassen sollte, wurden Sprachproben erhoben, die keine Unterschiede der Angstwerte bei den unterschiedlichen Bedingungen anzeigten. Amphetamin hatte besonders unter entsprechender Erwartungsinstruktion die beste antriebssteigernde Wirkung (Gottschalk 1973). Eine Vergleichsuntersuchung mit Amphetamin und Chlordiazepoxid bestätigte diese Wirkung (Gottschalk 1971). Enovid, eine Anti-Baby-Pille, wirkt ausgleichend auf affektive Schwankungen bei den Menses und im Verlauf des Zyklus, wie eine Doppel-Blind-Studie mit Sprachprobenerhebung zeigte (Silbergeld 1971). Große interindividuelle Unterschiede in der klinischen Reaktion wurden nach einmaliger oraler Dosis von Chlordiazepoxid festgestellt, aber nur bei Erreichen eines bestimmten Blutlevels wurden die Angstwerte signifikant gesenkt (Gottschalk 1972, 1973, 1975a,b, 1978a,b). Chlordiazepoxid und Oxazepam steigern zunächst verschiedene Aggressionswerte (Gardos 1968): Chlordiazepoxid ließ signifikant die ambivalenten Aggressionsscores ansteigen, Oxazepam die der nach innen gerichteten Aggressivität. Nach einwöchiger Einnahme waren die Angst-Scores dann signifikant reduziert, dabei spielte der Angst-Level bei Therapie-Beginn eine wichtige Rolle für die Qualität und Quantität der Aggression. Große individuelle Reaktionsunterschiede gab es ebenso bei Meperidin zu verzeichnen (Elliot 1974): Wiederum korrelierte die Senkung der Angst- und Aggressionswerte mit der Blutkonzentration.

Bei diesen Studien erwiesen sich neben den Angst- und Aggressionsskalen neue Skalenkonstruktionen als bedeutsam,

die Sprachmerkmale aufgrund von kognitiven Defekten erfassen wie die Social-Alienation-Personal-Disorganization-Scale (SAPD) und die Cognitive-Intellectual-Impairment-Scale (CII). So ließ sich die antipsychotische Wirkung von Thioridazin oder Mesoridazin bei akut schizophrenen Patienten bereits nach einer einmaligen Einnahme auf der SAPD erfassen (Gottschalk 1975, 1976b, 1978a, 1979). Die Einstufung auf der SAPD als gutes Vorhersage-Kriterium für einen Therapie-Erfolg erwies sich bereits nach einer ersten Dosis. Auch nach der ersten Benzodiazepin-Dosis konnten sichere Vorhersagen auf die Wirksamkeit einer eventuellen Dauertherapie aus der Höhe der Angst- und Aggressionsreduktion, die mit der Gottschalk-Gleser-Methode erfaßt wurde und dem Erreichen entsprechender wirksamer Blutkonzentrationswerte gemacht werden (Gottschalk 1978). Der Effekt von Marijuana-Rauchen wurde an Angina-pectoris-Patienten mit psychophysiologischen und sprachinhaltsanalytischen Methoden untersucht. Dabei kam es in der Marijuana-Gruppe zu höheren Werten auf der SAPD-Scale und CII-Scale im Gegensatz zu einer Placebo-rauchenden Kontrollgruppe; als Nebenfund zeigte sich ein positiver cardiovasculärer Effect der Droge (Gottschalk 1977).

1.2.6.2 Psychophysiologische Studien

Bei mit Laboruntersuchungen kombinierten sprachinhaltsanalytischen Studien wurden positive Korrelationen zwischen der Höhe der Angstscores und der Höhe der freien Fettsäuren im Blut festgestellt, was dann mit Propanolol beeinflusst werden konnte (Gottschalk 1969d, Stone 1969). Bei besonders disponierten Patienten konnte bei solchen Studien bei Auftreten von hohen Angst- und Aggressionswerten paroxysmale, für Petit-Mal-Epilepsie typische Veränderungen im EEG objektiviert werden (Laborsky 1975). Bei einer anderen Untersuchung zeigten sich positive Korrelationen zwischen Angst und Höhe des systolischen Blutdrucks oder zwischen Angst und Hauttemperatur: Patienten mit essentiellem Hypertonus hatten signifikant höhere Werte in der nach außen

gerichteten Aggressivität als Normatone (Gottschalk und Gleser 1969). Angstwerte aus der Sprachinhaltsanalyse korrelierten mit Veränderungen der Dopamin-Beta-Hydroxylase im Serum, vor allem bei Frauen (Silbergeld 1979), was eine indirekte Bewertung des adrenergen Systems durch das Gottschalk-Gleser-Verfahren nahelegt.

Eine weitere Studie hebt besonders auf die zeitbegrenzte Zustandserhebung ab: An 20 Patienten wurde in 5-minütigem Abstand die freie Fettsäure im Blut bestimmt, nach 25 Minuten wurde eine 5-minütige Sprachprobe erhoben. Nach der Auswertung der Sprachproben wurde die Stichprobe in 2 Gruppen geteilt nach der Höhe der Angstwerte. Beide Gruppen zeigten nach 15 Minuten einen Gipfel, der von den Autoren als Reaktion auf die Venen-Punktion angesehen wird. Nach 25 Minuten war wieder der Ausgangswert erreicht. An dieser Stelle wurde die Sprachprobe aufgenommen, aufgrund deren Werten die Einteilung in die beiden Gruppen vorgenommen wurde. Beide Gruppen zeigten nach der Sprachprobe wieder einen Anstieg der Fettsäure. Die drei unmittelbar vor der Sprachprobe liegenden freien Fettsäurewerte korrelieren signifikant auf dem 5%-Niveau mit den Angstwerten in der Sprechprobe. Dieses Ergebnis ist ein deutlicher Hinweis für die Annahme, daß das Verfahren zeitlich begrenzte Zustände erfaßt (Gottschalk und Gleser 1969). Wie wichtig es ist, bei der Untersuchung immer die Situationen zu berücksichtigen, in denen die Sprachprobe erhoben wird, macht folgende Untersuchung deutlich: Im Rahmen einer Untersuchung an Allergikern mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren wurde als Kontrollgruppe eine Stichprobe aus der Poliklinik einer chirurgischen Abteilung gewählt und ein Ergebnis war, daß die chirurgischen Patienten im Vergleich zu den anderen klinischen Stichproben eine höhere Verletzungsangst zeigten. Dieses vielleicht banale Ergebnis zeigt, daß mit dem Verfahren die momentanen Ängste dieser Patienten-Gruppe erfaßt worden sind, nämlich die Angst vor der bevorstehenden Operation (Gottschalk 1970).

In den letzten Jahren wurden auch eine Reihe von Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen sprachlicher und non-verbaler Kommunikation durchgeführt, sog. psychokinetische Studien. Es wurden bestimmte Handbewegungen mit Aggressions-Scores korreliert, wobei die Bewegungen, die vom Körper weg gerichtet waren (objekt-gerichtet) signifikant mit nach außen gerichteter offener Aggression und die auf den Körper gerichtete (subjekt-gerichtete) signifikant mit nach außen gerichteter verdeckter Aggression korrelierten (Freedman 1973). Interessant ist auch ein Streß-Experiment, bei dem übermäßige Reize in Form eines 3/4-Stunden-Films mit fürchterlichen Licht- und Farbreizen und scheußlicher musikalischer Untermalung dargeboten wurden. Bei den Versuchspersonen stiegen signifikant die individuellen Werte auf der Alienation-Personal-Disorganization-Scale und der Cognitive-Intellectual-Impairment-Scale (Gottschalk 1972), die ja psychotische Entgleisungen erfassen.

1.2.6.3 Natürliche Texte

Das Verfahren ist ein Meßinstrument für kurzfristige affektive Zustände im Sinne von states. Dazu ist prinzipiell jede gesprochene oder geschriebene Sprache von hinreichender Länge geeignet unter der Voraussetzung, daß die Affektivität des Sprechenden oder Schreibenden Eingang in den Text gefunden hat. So unterscheiden wir von den durch Instruktion gewonnenen Sprachproben sogenannte natürliche Texte. Das Spektrum solcher Texte reicht von Erlebnisberichten einzelner Individuen, z.B. auch in Form von Briefen, Aufsätzen oder Büchern, bis zu Gesprächen zwischen zwei oder mehreren Personen. Die Anwendung auf Briefe, Tagebücher und andere persönliche Dokumente erscheint von besonderem Interesse für die Untersuchung der Entwicklung und des Verlaufs bestimmter psychischer Störungen. Interessant sind auch die Untersuchungen aus der Traumforschung: Das auf niedergeschriebene Träume angewandte Gottschalk-Gleser-Verfahren ergab Korrelationen von Angstwerten in Träumen

und Muskelreflexen im Scrotalsack (Bell 1971, 1975). Während der REM-Phase und bei Träumen mit hohen Angstwerten stiegen die freien Fettsäuren im Blut an (Gottschalk 1966). Unter Angst-Träumen gab es bei Männern weniger Penis-Erektionen (Karacin 1966). Die Träume der letzten Schwangerschaftsmonate von Erstgebärenden ließen aus den Angstwerten einen Hinweis auf Schwierigkeiten bei der Geburt zu (Wingett und Kapp 1972). Einschlägige Erfahrungen gibt es auch bei den aus Interaktionen gewonnenen Sprachmaterialien, wie Interviews und Psychotherapie-Texten. So wurden aus den Sprachinhaltsanalysen Predictoren für ein erfolgreiches Abschließen von Trainingsprogrammen der Mental-Health-Bewegung gewonnen (Gottschalk 1969) oder Predictoren für Psychotherapien in einer Mental-Health-Crisis-Clinic (Gottschalk 1973c). Die Hoffnungs- und SAPD-Scores aus den Vorgesprächen wurden dazu herangezogen. Zur Differenzierung von Neurosenstrukturen zog Lewis (1971, 1979) das Gottschalk-Gleser-Verfahren heran; ihm erschien vor allem Angst vor Schuld und Angst vor Schande als wichtig. Es liegen auch Untersuchungen zum Verlauf von Psychotherapien vor: Affektive Veränderungen während 19-stündiger Kurzpsychotherapie (Schöfer 1979c). Erste Anwendungen der Methode gibt es auch auf Paar-, Familien- und Gruppengespräche (Angermeyer 1978). Als Beispiel für die Anwendung im publizistischen Bereich sei die Untersuchung von Tolz (1979) angeführt, der Reden von Politikern mit der Sprachinhaltsanalyse untersuchte und Verfolgungsängste und Hetze beschrieb.

1.2.7 Weiterentwicklungen

Hinsichtlich der Skalen fanden verschiedene nationale Adaptionen statt. Zugleich wurden in den USA neue Skalen erstellt, die weitere Affekte, bestimmte Sprachmerkmale und Defekte erfassen. Die Instruktion wurde in veränderter Weise gestellt. Auch natürliche Texte - also ohne vorherige Instruktion - wurden mit der Methode untersucht.

1.2.7.1 Skalenweiterentwicklungen

Die Skalen wurden in Kanada, Australien, England, Spanien, Dänemark, Frankreich und Deutschland adaptiert (siehe Gottschalk 1979). Auf die deutsche Form möchte ich unten gesondert eingehen. Neue Skalen wurden an Patientengruppen entwickelt, etwa die Hoffnungs-Skala bei Krebspatienten (Gottschalk 1974) sowie die Depressions-Skala (Gottschalk 1978c). Die Sprachinhaltsanalyse wurde auch an Kindern durchgeführt und zeigte spezifische Abweichungen (Gottschalk 1976a,b). An Schizophrenen wurden zwei weitere Skalen entwickelt: die Cognitive-Intellectual-Impairment-Scale (Gottschalk 1978b, 1979b) und die Social-Alienation-Personal-Disorganization-Scale (Gottschalk und Gleser 1969). Mit der Cognitive-Intellectual-Impairment-Scale (CII) konnte Gottschalk (1978) spezielle kognitive Defekte bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis aufzeigen. Typischerweise treten Merkmale sozialer Entfremdung in den Sprachproben dieser Patienten auf. Diese Defekte bessern sich unter Phenotiazin-Gabe bei fast allen Schizophrenen, aber nicht allen (Gottschalk 1979). Diese kognitiven Defekte sind übrigens denen von Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren ähnlich. Letztere sind aber nicht mit sozialer Entfremdung und Vereinsamung verbunden und nehmen mit dem Alter ab (Gottschalk 1976, 1978). Auch normale Personen produzieren unter Psychotomimetika diese kognitiven Defekte, haben aber nicht die übrigen charakteristischen verbalen Auffälligkeiten schizophrener Patienten (Gottschalk 1969, 1978b). Ähnliches gilt auch für die Reaktionen Gesunder auf die Inhalation von Nitro-oxid (Atkinson 1977). Unter Benzodiazepin-Derivaten kommt es zu anterograden amnestischen Effekten und vorübergehend verbalen kognitiven Defekten in Form akustisch oder kognitiv schwer verständlicher Bemerkungen, teils mit unvollständigen Satz- oder Wortfetzen (Gottschalk 1976, 1977).

Die Social-Alienation-Personal-Disorganization-Scale (Mozazaierz et al. 1974, Gottschalk et al. 1975a, 1976b)

ist kompatibel mit dem von Bleuler vertretenen Schizophrenie-Konzept und das Grundmodell ist eine Dimensionalität psychischer Störungen von psychischer Gesundheit bis zu schizophrener Psychose. Untersuchungen mit dieser Skala werden unter 1.7 referiert.

1.2.7.2 Modifizierung der Standardinstruktion

Eine Modifikation der Standardinstruktion ist häufig vom Untersuchungsgegenstand her als sinnvoll zu betrachten; so verwendete Angermeyer (1978) in seiner Untersuchung an Alkoholikern die Instruktion "Bitte berichten Sie fünf Minuten über ihr Problem: Der Alkohol." Außer thematischen Variationen der Standardinstruktion ist eine standardisierte Sprachstichprobenerhebung mit Hilfe von kontrollierten Aufforderungsreizen, wie z.B. mit TAT bzw. Rorschach-Tafeln möglich (V. Rad 1977). Eine weitere Variante der standardisierten Erhebung kann darin gesehen werden, die Versuchsperson aufzufordern, den Text nicht zu sprechen, sondern aufzuschreiben.

Da das Gottschalk-Gleser-Verfahren der Erfassung von momentanen Affekten dienen soll, sind auch nur Aussagen über kurzfristige Zustände zu erwarten. So gesehen ist die Methode zur Persönlichkeitsdiagnostik im Sinne der Erfassung dauerhafter Merkmale (traits) weniger geeignet. Allerdings ist die Erfassung von über die Situation generalisierbarer Parameter der Personen denkbar, z.B. durch die Mehrfacherhebung einer Sprachprobe über verschiedene Situationen. So zeigen Untersuchungsbefunde, daß zwar die Höhe der Affekt-Scores über die Zeit eine recht starke Fluktuation aufweist, daß sich aber die korrelativen Beziehungen zwischen verschiedenen Affekt-Skalen als über die Zeit stabil erweisen (Schöfer 1979b) und daß sich diese Skalenzusammenhänge zur Gruppendifferenzierung eignen (Schöfer 1979d). Diese Ergebnisse könnten bedeuten, daß sich in den Affektzusammenhängen dennoch traits erfassen ließen.

Eine wenig praktizierte Anwendungsmöglichkeit der standardisierten Sprachprobenerhebung ist der Einsatz zur Beobachtung von Verläufen. Bei kürzeren Verläufen, etwa der Wirkungsweise von Anxiolytika in Stundenabständen, hat sich das Verfahren bewährt (Gottschalk und Gleser 1969). Es wären aber auch z.B. Krankheitsverläufe durch tägliche Sprachprobenerhebung erforschbar. Das Gottschalk-Gleser-Verfahren eignet sich gerade deshalb so gut für die Erfassung von Prozessen, weil es im Vergleich zu vielen anderen psychologischen Meßverfahren kaum Einschränkungen in der Mehrfacherhebung unterliegt.

1.2.8 Untersuchungen an Schizophrenen

Die Gottschalk-Gleser-Gruppe hat seit Mitte der 60er Jahre Untersuchungen an Schizophrenen durchgeführt. So untersuchten Gottschalk und Mitarbeiter (1970) 74 hospitalisierte Patienten, die auf Phenothiazin eingestellt waren, acht Wochen lang. Dabei wurde die Medikation abgesetzt und wieder angesetzt. Vier Wochen lang bekamen alle Patienten Placebo und während der nächsten 4 Wochen die eine Hälfte weiter Placebo, die andere Thioridazin. Mindestens zweimal pro Woche wurden Fünf-Minuten-Sprachproben erhoben und neben den Aggressions- und Angst-Skalen die Social-Alienation-Personal-Disorganization-Scale (SAPD) verrechnet. Man erhielt folgende Ergebnisse:

1. Der Durchschnittswert der SAPD stieg signifikant in den ersten vier Wochen als Folge davon, daß durch das Absetzen der Medikation psychopathologische Prozesse auftraten.
2. Bei den Patienten, die in den zweiten vier Wochen weiter Placebos erhielten, war nur ein geringer weiterer Anstieg auf der SAPD zu verzeichnen. Der Skalen-Wert der anderen Patienten, die Thioridazin erhielten, zeigte ein geringes, nicht signifikantes Abfallen.
3. Durch multiple Korrelationsrechnung der SAPD-Scores aus den ersten vier Wochen konnten individuelle Reaktionsdifferenzen auf das Absetzen der Medikation berechnet werden.

Aus der Mental-Status-Schedule von Spitze und Mitarbeitern wurde ein multipler Cutoff-Wert aus den Skalen "Psychose" und "Desorientierung" gebildet. Mit diesem Cutoff-Wert konnten die Patienten, die unter Placebo zunehmend höhere Werte auf der SAPD hatten, von denen unterschieden werden, die praktisch keine Veränderungen zeigten. Mit einem anderen Cutoff-Wert konnte man die Patienten, die wenig auf Medikamentenänderung reagierten, gut von denen trennen, die nach Absetzen von Phenothiazin psychotisch dekompenzierten oder nach Ansetzen der Medikation wieder ihre Symptome verloren. Vor allem ein hoher Wert auf der "HDO-Skala-Subskala II verdeckt" war ein gutes Vorhersage-Kriterium für ein weitgehendes Stabil-Bleiben nach der Medikamenten-Absetzung. Daraus wurde die Schlußfolgerung gezogen, daß schizophrene Patienten eine umso bessere Realitätsanpassung haben, umso gesünder und stabiler sind, je mehr sie Aggressionen zwischen anderen Menschen verbalisieren können.

Steingart (1977) machte Video-Aufnahmen von 16 männlichen Schizophrenie-Patienten. Er korrelierte das Auftreten der aufgenommenen Handbewegungen mit den Angst-Scores aus 10-Minuten-Interviews. Er fand signifikante Korrelationen zwischen Handbewegungen mit hohem kommunikativen Gehalt und dem sogenannten "Angst-Funktion"-Faktor, den er aus den sprachanalytischen Angst-Skalen durch Faktoren-Analyse gewann. Dieser Faktor lädt hoch positiv auf "Angst vor Schuld" und hoch negativ auf "diffuser Angst". Angst vor Schuld ist weitgehend situationsunabhängig, d.h. schizophrene Patienten tendieren zu einer geringen Differenzierung ihrer Angst-Inhalte.

In Deutschland wurde von Angermeyer und Hecker (1977) die SAPD-Scale versuchsweise in deutscher Übersetzung eingesetzt: Die Autoren untersuchten 30 Familien mit einem schizophrenen Sohn und verglichen deren kommunikatives Verhalten mit dem einer Kontrollgruppe. Es wurden dazu Tonbandaufnahmen von 25-minütiger Dauer durchgeführt über

die Familiengespräche von Sohn, Vater und Mutter. Die Familienmitglieder sollten im gemeinsamen Gespräch bei Abwesenheit des Versuchsleiters für Problemstellungen aus dem Alltag eine akzeptable Lösung entwickeln. Die Tonbandtranskripte wurden nach der SAPD-Scale kodiert. Dabei zeigten die Eltern männlicher schizophrener Adoleszenten signifikant mehr Sprachinhalte, die mit schizophrenen Störungen korrelierten, als die Eltern der organisch Erkrankten und das Sprachverhalten beider Elternteile hatte gleichermaßen an Normalität eingebüßt. Obendrein oszillierten die Mütter der Schizophrenen zwischen den Polen 'Normal' und 'Gestört' hin und her. Auch wandten sie sich häufig direkt in aggressiver, vorwurfsvoller oder zurückweisender Art an ihre Söhne.

1.2.9 Die deutsche Adaptation der Gottschalk-Gleser-Skalen

Seit 1973 existiert in Hamburg der Sonderforschungsbereich 115, der nach Vorstudien mit einer wörtlichen Übersetzung der Skalen 1975 eine mit Gottschalk abgestimmte revidierte deutsche Skalenform vorlegte. Diese ist mit ausführlichen Skalierungsbeispielen bei Schöfer (1980) dargestellt. Dabei wurden die Angst-Skalen unverändert übernommen, weil sie sich als praktikabel und aussagekräftig erwiesen. Die Aggressionsskalen wurden hingegen in 4 Punkten verändert:

1. Es wurde die Dreiteilung in "nach außen gerichteter Aggression", "nach innen gerichteter Aggression" und "ambivalenter Aggression" unter Zusammenfassung von "nach außen gerichteter offener" und "nach außen gerichteter verdeckter Aggression" nicht aufrechterhalten und nach korrelations- und faktorenanalytischen Untersuchungen vier Aggressionsskalen mit "nach außen offener Aggression" getrennt von "nach außen verdeckter Aggression" unterschieden (Abb. 8-11).

2. Mit einem Täter-Opfer-Schema wurden folgende Skalaordnungen unter vier Zusammenfassungen hinzugefügt (Abb. 7):

Abb. 7

		O P F F E R		
		Andere	Selbst	
T Ä T E R	S e l b s t	nach außen gerichtete offene Aggressivität	nach innen gerichtete Aggressivität	Selbst Täter ST
	A n d e r e	nach außen gerichtete verdeckte Aggressivität	Ambivalente Aggressivität	Andere Täter AT
		Andere Opfer AO	Selbst Opfer SO	Gesamt- aggres- sivität

Die Ordnung der Aggressivitätsskalen nach dem "Täter-Opfer-Schema"
mit den sich daraus ergebenden Skalenzusammenfassungen.

Quelle: Schöfer, G.: Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse, Beltz, Basel, 1980

AOA: nach außen gerichtete offene Aggressivität:
Zerstörerische, verletzende, kritisierende Gedanken
und Handlungen des Subjekts gegenüber anderen

- Ia3 Der Sprechende tötet, verletzt, bekämpft andere Menschen oder droht es zu tun.
- Ib3 Der Sprechende beraubt andere Menschen oder läßt sie im Stich, verursacht anderen Leiden oder Angst oder droht es zu tun.
- Ic3 Der Sprechende kritisiert, verachtet, erniedrigt, beschuldigt andere Menschen, drückt Ärger oder Mißfallen über andere Menschen aus.
- Ib2 Der Sprechende entzieht sich oder etwas anderen Menschen oder enttäuscht sie oder droht es zu tun.
- Ic2 Der Sprechende kritisiert andere oder setzt andere herab, dies in unbestimmter oder milder Form.
- Ia1 Der Sprechende tötet, verletzt Tiere, fügt ihnen Leid zu, beschädigt, zerstört Pflanzen, Gegenstände oder droht es zu tun.
- Ic1 Der Sprechende kritisiert, verachtet, beschuldigt nichtmenschliche Wesen oder Gegenstände sowie Orte, Situationen, drückt Ärger oder Mißfallen über sie aus.
- Id1 Der Sprechende benutzt feindselige Ausdrücke, flucht, erwähnt Ärger, ohne Hinweis, wem es gilt.
- In1 Verneinung und Verleugnung zerstörerischer, verletzender, kritisierender Gedanken und Handlungen des Sprechenden gegenüber anderen.

Im Vergleich zur alten Skala hat die neue die folgende Form:
In der Gewichtskategorie 3 (aggressive Handlungen und Gedanken gegenüber Menschen) wurden keinerlei Veränderungen vorgenommen. Aus der Gewichtskategorie 2 (abgeschwächte aggressive Handlungen und Gedanken gegenüber Menschen) wurden die ursprünglichen Subkategorien a und b (Haustiere) eliminiert. Beide Subkategorien wurden so selten benutzt (0,0% bzw. 0,6%), ihr Beitrag zur Erfassung der nach außen gerichteten offenen Aggressivität war gemeinsam 0,7%. Diese Inhalte können jedoch weiterhin in der Subkategorie a1 erfaßt werden. Aus Gründen der Vereinheitlichung der Inhaltsbezeichnungen wurde die ursprüngliche Subkategorie d2 in b2 umbenannt. Es fehlt in dieser Gewichtskategorie ein a-Inhalt (töten, verletzen, etc.). Die Subkategorie c2 wurde unverändert beibehalten.

In der Gewichtskategorie 1 (aggressive Handlungen, Gedanken gegenüber nichtmenschlichen Wesen, Gegenständen, Situationen, etc. und Verneinung) wurde a1 umformuliert, hat aber seinen Inhalt behalten. Unter Tiere fallen jetzt aber auch Haustiere. Ein b1-Inhalt ist so selten, daß auf eine eigene Subkategorie verzichtet wurde, selten auftretende Fälle sind mit a1 zu codieren. Das ursprüngliche b1 wurde in c1, und das ursprüngliche c1 in d1 umbenannt. Neu aufgenommen wurde die Subkategorie n1 (Verneinung und Verleugnung), die bisher nur in der verdeckten nach außen gerichteten Aggressivitäts-Subskala vertreten war.

AVA: nach außen gerichtete verdeckte Aggressivität:
Zerstörerische, verletzende, kritisierende Gedanken
und Handlungen anderer gegenüber anderen

- IIa3 Andere Menschen töten, verletzen, bekämpfen
andere Menschen oder drohen es zu tun.
- IIb3 Andere Menschen berauben andere Menschen oder
lassen sie im Stich, verursachen anderen Leiden
oder Angst oder drohen es zu tun.
- IIc3 Andere Menschen kritisieren, verachten, ernie-
drigen, beschuldigen andere Menschen, drücken
Ärger oder Mißfallen über andere Menschen aus.
- IIa2 Andere Menschen sterben gewaltsam oder werden
in einer lebensbedrohlichen Situation getötet
oder sind davon bedroht.
- IIb2 Andere Menschen entziehen sich oder etwas an-
deren Menschen oder enttäuschen sie oder drohen
es zu tun.
- IIc2 Andere Menschen kritisieren andere oder setzen
andere herab, dies in unbestimmter oder milder
Form.
- IIa1 (Mit oder ohne Erwähnung des Täters) Tiere wer-
den getötet, verletzt, es wird ihnen Leid zuge-
fügt, Pflanzen, Gegenstände werden beschädigt
oder zerstört, oder sind damit bedroht.
- IIc1 Andere Menschen kritisieren, verachten, beschul-
digen nichtmenschliche Wesen oder Gegenstände
sowie Orte, Situationen, drücken Ärger oder
Mißfallen über sie aus.
- IIId1 Andere Menschen sind ärgerlich, fluchen ohne
Hinweis auf die Ursache oder die Richtung des
Ärgers. Auch die Erwähnung von Zerstörungsin-
strumenten, ohne daß jemand oder etwas bedroht
wird.
- IIe1 Andere Menschen werden aufgrund aller möglicher
Ursachen, inklusive nichtmenschliche und unbe-
lebte Wesen und Situationen (Stürme, Fluten,
etc.) getötet, verletzt, beraubt, verlassen
oder sind davon bedroht.
- IIIn1 Verneinung und Verleugnung zerstörerischer,
verletzender, kritisierender Gedanken und Hand-
lungen anderer gegenüber anderen.

Die Inhalte der Subkategorien sind weitgehend parallel zur AOA
der Skala, es wurden auch die gleichen Veränderungen wie dort
vorgenommen. Zusätzlich wurden die ursprünglichen Subkategorien
e2 in a2 (Sterben) und d1 in e1 und f1 in n1 umbenannt.

IA: nach innen gerichtete Aggressivität:
Selbstzerstörerische und selbstkritisierende Gedanken und Handlungen, depressive Gefühle

- IIIIa3 Der Sprechende versucht oder droht sich zu töten (absichtlich oder unabsichtlich), wünscht zu sterben, meint es zu müssen oder zu verdienen, verstümmelt oder verunstaltet sich oder droht es zu tun.
- IIIIb3 Der Sprechende äußert Gefühle von Mutlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, das Gefühl, betrübt und niedergeschlagen zu sein, das Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens.
- IIIIc3 Der Sprechende macht sich Vorwürfe, drückt Haß oder Ärger gegenüber sich selbst aus, betrachtet sich als unwürdig oder wertlos, bereitet sich Kummer und Sorgen oder droht es zu tun.
- IIIIa2 Der Sprechende verletzt sich in leichter Form (absichtlich oder unabsichtlich) oder droht es zu tun, äußert, daß er bestraft werden müsse oder es verdiene.
- IIIIb2 Der Sprechende äußert Gefühle von Entbehrung, Enttäuschung, Einsamkeit.
- IIIIc2 Der Sprechende kritisiert sich selbst, setzt sich herab, äußert Bedauern, Reue und Scham über etwas, was er sagt oder tut, gibt Fehler oder Irrtümer seinerseits zu.
- IIIIc1 Der Sprechende ist von sich enttäuscht, er entspricht nicht den eigenen Erwartungen oder denen anderer.
- IIIIId1 Der Sprechende fühlt sich (von sich selbst) getrieben und gezwungen, seinen eigenen Erwartungen und Wertvorstellungen zu entsprechen.
- IIIIIn1 Verneinung und Verleugnung von selbstzerstörerischen und selbstkritisierenden Gedanken und Handlungen und von depressiven Gefühlen.

Im Gegensatz zu den anderen Aggressivitäts-Skalen hatte die Original-Skala für nach innen gerichtete Aggressivität eine Gewichtskategorie 4 (Inhalt: sich selbst töten), ohne daß von GOTTSCHALK und GLESER eine Begründung dafür vorgelegt worden ist. Dieser Gewichtsunterschied erschwerte die Vergleichbarkeit zwischen den Skalen. Nachdem wir festgestellt hatten, daß die beiden Subkategorien der Gewichtskategorie 4 insgesamt 1% der Codierungen für nach innen gerichtete Aggressivität ausmachten (ihr Beitrag zur Erfassung dieser Aggressivitätsform 2,4%), haben wir uns entschlossen, auf diese Gewichtskategorie zu verzichten, und die Inhalte der Gewichtskategorie 3 zuzuordnen. In dieser Gewichtskategorie wurde der Inhalt der Subkategorie a3 durch die Inhalte a4 und b4 ergänzt. b3 und e3 wurden in der Benennung vertauscht (Angleichung der Inhaltsbenennung). Die jetzige Subkategorie c3 tritt zwar nur in 0,9% aller Codierungen für nach innen gerichtete Aggressivität auf, sie sollte aber beibehalten werden, da es schwer ist, ihren Inhalt mit einer anderen Subkategorie zu erfassen. Außerdem dürfte diese Subkategorie bei bestimmten Stichproben (z.B. depressive Patienten) eine größere Rolle spielen. In der Gewichtskategorie 2 wurde aus den ursprünglichen a3 und a2 die gemeinsame Kategorie a2 geschaffen. b2 und c2 wurden wieder der Vereinheitlichung wegen vertauscht. In der Gewichtskategorie 1 wurden nur Umbenennungen vorgenommen: da keine a- und b-Inhalte vorhanden sind, wurde a1 zu c1, c1 zu d1 und die Verneinung b1 zu n1.

Abb. 11

AA: ambivalente (von außen gegen das Selbst gerichtete) Aggressivität:
Zerstörerische, verletzende, kritisierende Gedanken und Handlungen anderer dem Sprechenden gegenüber

- IVa3 Andere Menschen töten, verletzen, bekämpfen den Sprechenden, verstümmeln und entstellen ihn oder drohen es zu tun.
- IVb3 Andere Menschen berauben den Sprechenden, lassen ihn im Stich, verursachen ihm Leiden, Schmerz oder Angst.
- IVc3 Andere Menschen kritisieren den Sprechenden, machen ihm Vorwürfe, bringen Ärger oder Mißfallen über ihn zum Ausdruck oder drohen es zu tun.
- IVa2 Der Sprechende wird durch nichtmenschliche Wesen oder durch unbelebte Objekte mit dem Tod bedroht oder ist in einer lebensbedrohlichen Situation.
- IVb2 Andere Menschen entziehen sich oder etwas dem Sprechenden, enttäuschen und mißverstehen ihn oder drohen es zu tun.
- IVb1 Nichtmenschliche Wesen oder unbelebte Objekte oder Situationen verletzen, verlassen, berauben den Sprechenden, verursachen ihm Leiden oder Angst.
- IVn1 Verneinung und Verleugnung von zerstörerischen, verletzenden, kritisierenden Gedanken und Handlungen anderer gegenüber dem Sprechenden.

Die ursprünglichen Subkategorien a3 (töten) und b3 (verletzen) wurden zu einer neuen Subkategorie a3 zusammengefaßt. Darüber hinaus wurden an dieser Skala nur noch Umbenennungen vorgenommen.

Gewichtskategorie 3: d3 wird zu c3

Gewichtskategorie 2: a2 und b2 werden vertauscht

Gewichtskategorie 1: a1 wird b1, b1 wird n1.

a) Andere (sind) Opfer (AO):

Diese Zusammenfassung entspricht der gesamten nach außen gerichteten Aggressivität, wie sie von Gottschalk und Gleser gebildet wurde. Der aggressive Impuls ist auf andere gerichtet.

b) Selbst (ist) Opfer (SO):

Dies ist entsprechend die gesamte nach innen gerichtete Aggressivität. Der aggressive Impuls ist gegen das Selbst gerichtet.

c) Selbst (ist) Täter (ST):

Die Zusammenfassung der Aggressivitätsformen, bei denen der aggressive Impuls vom Selbst ausgeht.

d) Andere (sind) Täter (AT):

Entsprechend der Zusammenfassung der Aggressivitätsformen, bei denen der aggressive Impuls von anderen ausgeht.

Im Hinblick auf Gruppendifferenzierung ist zwar die Aussagekraft im Vergleich zu den vier Einzelformen nicht entscheidend größer, aber bei der Täter-Opfer-Zusammenfassung liegt eher Normalverteilung vor, so daß parametrische Verrechnungsverfahren angewandt werden können.

3. Unter der Annahme, daß die vier Aggressionsformen Modifizierungen desselben Impulses sind, erscheint es sinnvoll, eine Zusammenfassung der vier Skalen in "Gesamtaggressivität" zu bilden.

4. Veränderungen bei den einzelnen Skalen erfolgten - anhand einer groß angelegten Neu-Eichung an der Hamburger Normalbevölkerung - durch Weglassen seltener Kategorien, die wenig Beitrag zur Erfassung der jeweiligen Aggressionsform lieferten und deren Inhalt in andere Subkategorien aufgenommen werden konnte, so daß die Substanz der einzelnen Skalen nicht verändert wurde. Zu weiteren Veränderungen führte das Anliegen, in allen Skalen und in allen Gewichtskategorien, die sich entsprechenden Inhalte möglichst durch gleiche Symbole zu kennzeichnen (Abb. 8-11).

a) töten, sterben, körperlich verletzen,

b) berauben, im Stich lassen, verlassen, Leiden verursachen,

c) kritisieren, Vorwürfe machen, Ärger und Mißfallen ausdrücken,

d) und e) gelten solchen Inhalten, die mit einer der drei o.g. Inhalte verwandt sind, aber noch zusätzliche Bedingungen enthalten,

n) gilt für Verneinung der sonst in der Skala zu bewertenden Inhalte.

Durch diese Veränderung bestehen die Aggressivitätsskalen aus jeweils drei Gewichtskategorien (3 bis 1) und jede Gewichtskategorie ist entsprechend der oben genannten Inhalte (a bis n) in einzelne Subkategorien aufgeteilt.

1.2.10 Kritische Gesichtspunkte

Um eine weitgehende Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sollte die Erhebung der Sprachprobe unter vergleichbaren Situationen stattfinden: Raum, Personal und zeitlicher Ablauf sind hier von Bedeutung. Dabei gehen in den Versuchsleitereffekt außer Einflüssen durch die Person des Therapeuten auch Einflüsse durch seine therapeutische Ausrichtung mit ein sowie Einflüsse durch die Beziehung zwischen Patient und Therapeut. So ist es sicher ein Unterschied, ob eine Sprachprobe am Anfang oder am Ende einer Therapie erhoben wird. Insgesamt muß also die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Untersuchungen mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren als eingeschränkt beurteilt werden.

Hier erhebt sich das Problem einer größtmöglichen Standardisierung: Einerseits soll eine weitgehende Erfassung aller Inhalte gewährleistet sein, wie es im projektiven Test möglich ist, der eine Einstellung auf den Test praktisch unmöglich macht. Allerdings mangelt es dann an Standardisierung und der Versuchsleitereffekt wird nicht genügend kontrolliert. Nur über eine Standardisierung waren Studien zu Testgütekriterien, wie zeitliche Stabilität und Validität, möglich. Andererseits bringt die Standardinstruktion negative Begleitwirkungen wie Leistungsdruck mit sich. Denn der Versuchsleiter ist mehr oder weniger unbewußt darauf eingestellt, sein

5-Minuten-Protokoll zu erhalten, wobei er zwar keine Antworten gibt, aber der Vp doch zu verstehen gibt, daß sie reden soll. Weitere damit verbundene Gefahren sind Einflüsse über positive Selbstdarstellung der Vp und andere Mechanismen sozialer Anpassung. Eine zu sterile Atmosphäre führt obendrein zu höherer Abbrecherquote und Testangst, unerwünschte Nebenerscheinungen. Es empfiehlt sich die Einbettung der standardisierten Spracherhebung in ein klinisches Interview, weil die Erhebungssituation dann nicht so künstlich erlebt wird.

Ein anderes Problem erwächst dem Verfahren aus der Beschränkung auf verbale Kommunikation. Ein Hauptkriterium der GG-Analyse ist, daß die relative Größe eines Affektes valide aus dem Transkript eines gesprochenen Textes beurteilt werden kann, da der Hauptteil der Varianz der Affektivität durch Veränderung im verbalen Kommunikationsinhalt bestimmt werden könne. Die paraverbalen Informationen wie Tonhöhe, Tonstärke, Klang der Stimme, Rhythmus, Tonfall, Betonung fallen dabei weg. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Größe des Affektes, die durch die einzelnen parasprachlichen Variablen mitgeteilt wird, ziemlich proportional der Größe der Affekte ist, die durch verbale Inhaltsvariablen allein mitgeteilt wird. Verschiedene Untersuchungen ergaben tatsächlich, daß durch die non-verbalen Informationen hinsichtlich der Erfassung der Größe der Angst nur zu vernachlässigende Informationen verloren gingen. Bei diesen Untersuchungen waren bei der Auswertung der Transkripte bei einem Teil der gesprochenen Texte vom Tonband zur Auswertung mit hinzugezogen worden (Gottschalk und Frank 1967). Allerdings waren dabei die Rater nur auf die Kodierung sprachlicher Kategorien trainiert, und nicht auf parasprachliche Variablen. Auch gibt es heutzutage noch wenige bewährte Methoden, non-verbale Kommunikationsarten zu erfassen, weil reliable und valide Klassifikationssysteme fehlen, so daß man diesen Informationsverlust schlecht schätzen kann. Es

gibt eine Reihe von Autoren, die visuellen und auditiven Mitteilungen eine große Bedeutung beimessen (siehe bei Scherer 1974, Engel und Koch 1982). Unter dem Gesichtspunkt der Repräsentativität von Sprachproben in Bezug auf Affekte wäre dieser Informationsverlust von zweitrangiger Bedeutung. Probleme entstehen jedoch bei eventueller Widersprüchlichkeit von verbaler und non-verbaler Kommunikation. So kann der in der Sprachprobenerhebungssituation per verbaler Aufzeichnung festgehaltene Informationsgehalt aus der Interaktion von Proband und Interviewer möglicherweise nur bruchstückhaft sein und unter Berücksichtigung des Gesamtzusammenhanges (verbal und non-verbal) sowohl von der Gewichtung der Affekte wie auch von der Vollständigkeit der erfaßten Affekte Fehlinterpretationen nach sich ziehen.

Problematisch ist letztendlich auch die Anwendung des Verfahrens an sich: Es handelt sich um ein aufwendiges Verfahren, was Zeit- und Personalaufwand angeht. Die Sprachprobe muß von einer Person durchgeführt werden, muß aufgezeichnet werden, muß abgehört und transskribiert werden, anschließend ausgewertet und verrechnet, was spezielle Ausbildung erfordert. Aus diesem Grunde ist die Textauswertung von einer erfahrenen Rater-Gruppe besonders wünschenswert. In dieser Studie wurde dies von der deutschen Gottschalk-Gleser-Rater-Gruppe des SFB Hamburg unternommen, die seit 1973 arbeitet und deren Inter- wie auch Intra-Rater-Übereinstimmung bei der Auswertung in verschiedenen Studien gemessen wurde und die bei den verschiedenen Skalen bei r_{tt} .80 bis .90 liegen und damit mit den Kennwerten der Arbeitsgruppe von Gottschalk übereinstimmen (Koch 1980)!

Zweifelloos wäre es interessant gewesen, die neuen SAPD-Scale und CII-Scale für die kognitiven Defekte bei Schizophrenen anzuwenden, jedoch liegt noch keine erprobte, adaptierte deutsche Version der Skalen vor und es gibt noch keine ausreichend lang trainierte kompetente deutsche Rater-Gruppe.

2. E m p i r i s c h e r T e i l =====

Untersucht wurden schizophrene Patientinnen während einer stationären Behandlung. Dies ermöglichte eine Verlaufsbeobachtung vom akuten Schub bis zur Genesung unter Einfluß von situativen und medikamentösen Komponenten im klinischen Setting einer psychiatrischen Aufnahmestation. Es wurden ängstliche und aggressive Affektreaktionen mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse in der üblichen Selbstbildinstruktion erhoben, hier allerdings im Rahmen einer Verlaufsbeurteilung zu mehreren Zeitpunkten. Eine erweiterte Beurteilung der Affektreaktionen wurde durch Einbeziehung der Fremdbildinstruktion ermöglicht. Zudem wurde die Patienten-Angehörigen-Interaktion durch Einbeziehung eines Angehörigen-Interviews in Fremdbildinstruktion untersucht. Durch Berücksichtigung von Wechselwirkungseinflüssen wichtiger Krankheits- und Sozialvariablen wurde die Untersuchung der Affektreaktionen ergänzt. Um Wechselwirkungseinflüsse wichtiger Krankheits- und Sozialvariablen auf die Affektreaktionen berücksichtigen zu können, wird eine ausführliche Deskription der Stichprobe vorgenommen, und den Untersuchungsergebnissen der Affektreaktionen vorangestellt.

Im ersten Teil der Untersuchungsergebnisse werden die Effekte der Selbst- und Fremdbildinstruktion auf die Affektskalen untersucht.

Im zweiten Teil der Untersuchung werden Wechselwirkungen zwischen Effekten von Instruktion und von wichtigen Krankheits- und Sozialvariablen auf die Affektskalen untersucht.

2.1 Spezifische Fragestellung und Untersuchungsplan =====

Im Kapitel 1.1.3.1 war zur Diagnosestellung der Schizophrenie Bleuler's Klassifikationsschema nach Primär- und Sekundärsymptomen angeführt worden. Danach wird das Erscheinungsbild

der Schizophrenie von Sekundärsymptomen geprägt, worunter katatone, halluzinatorische und Wahnsymptome verstanden werden. Als grundlegend für das Verständnis der Schizophrenie jedoch werden von Bleuler die diesen Störungen zugrunde liegenden Primärsymptome betrachtet: Denkstörungen, Störungen der Person und Affektstörungen. Auf die Bedeutung der Affekte für die Schizophrenie war bereits oben eingegangen worden. Erwartungsgemäß müßten mit Abklingen des psychotischen Schubes und Nachlassen von katatonen, halluzinatorischen und Wahnsymptomen auch spezifische Affektänderungen auftreten. Zu diesem Zweck wurde zur Erfassung und Quantifizierung von Affekten die Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse verwendet. Da das Verfahren kaum Einschränkungen in der Mehrfacherhebung unterliegt, ist es besonders zur Erforschung von Verlaufsänderungen von Affekten geeignet. Da es nicht die Nachteile von anderen Verfahren besitzt, die zu einer erhöhten Abbrecherquote führen (wie Verfahren, die besondere Voraussetzungen an kognitive und motivationale Faktoren stellen, z.B. Fragebögen) oder von Verfahren, die einen starken Einfluß durch situative Komponenten auf die Affektmessung nehmen (z.B. durch Laboratmosphäre mit großem apparativem Aufwand bei psychophysiologischen Untersuchungen), erschien es besonders gut bei Schizophrenen im Schub geeignet.

Dem Untersuchungsplan lagen nun folgende Überlegungen zugrunde:

1. Es sollten die Affekte im Verlauf der Behandlung gemessen werden. Wegen der unübersichtlichen Materialfülle mußte von täglichen Sprachprobenerhebungen zu Gunsten einer Selektion abgesehen werden. Da sich nach der klinischen Erfahrung die Behandlungsdauer in eine psychotische und postpsychotische Phase untergliedert, erschien es sinnvoll, 3 Sprachprobenerhebungen pro Patient durchzuführen, nämlich einmal in der psychotischen Phase und hier am günstigsten in der noch nicht durch Medikamentenwirkung veränderten psychotischen Aufnahmesituation und

sodann nach Abklingen der Psychose, etwa nach der Hälfte des stationären Aufenthaltes. Als dritte Sprachprobe sollte kurz vor der Entlassung - in einem weitgehend kompensierten und normalisierten Zustand - eine dem nicht psychotischen Zustand am nächsten kommende Befindlichkeit erfaßt werden.

2. Da bei einer Selbstbeschreibung - wie sie die Standardinstruktion des Gottschalk-Gleser-Verfahrens impliziert - eine gewisse Zensur auf die Affektäußerungen zu berücksichtigen ist, ist ein Informationsgewinn durch die Erhebung eines Fremdbildes zu erwarten. So werden Affekte geäußert, die aus Peinlichkeit verschwiegen würden, wenn sie nicht anderen unterstellt werden könnten. Um ein Fremdbild abgeben zu können, ist eine ausreichende Unterscheidungsfähigkeit des Patienten nötig, sich und die Außenwelt trennen zu können. Dies ist in der Psychose stark beeinträchtigt, so daß kaum ein Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbild auftritt. Aus diesem Grund wurde das Fremdbild, das der Patient über den Angehörigen abgibt, erst bei Entlassung erhoben.

3. Die Fremdbildinstruktion impliziert aber neben einer weniger gehemmten Äußerung eigener Affekte auch Affektäußerungen über die reale Person des Fremdbildträgers und über die Beziehung zu ihm. Es ist deshalb sinnvoll, die Sprachproben der Patienten mit denen der Angehörigen zu vergleichen. Aus Gründen der Materialfülle wurde beim Angehörigen allerdings nur die Fremdbildinstruktion über den Patienten eingeholt, so daß hier für die Affekte der Patienten eine Selbstbeobachtung und Fremdbeobachtung zur Verfügung steht. Als Zeitpunkt für die Erhebung einer Sprachprobe beim Angehörigen in der Fremdbildinstruktion erschien das Ende der Behandlung am besten geeignet, da die affektiven Reaktionen der Angehörigen auf die stationäre Aufnahme des Patienten in der Psychiatrie am wenigsten stark bei der Entlassung der Patienten ausgeprägt sind (wie es klinische Erfahrung im PLK Emmendingen ist) und so das Fremdbild in der Sprachprobenerhebung am wenigsten beeinflussen.

Es wurden also Sprachproben zu drei Zeitpunkten erhoben: bei der Aufnahme, nach Abklingen des Schubes sowie vor der Entlassung. Zu allen 3 Zeitpunkten wurde das Selbstbild erhoben. Kurz vor der Entlassung wurde zusätzlich der Patient nach seinem nächsten Angehörigen befragt und sein Fremdbild über den Angehörigen erfaßt. Zum selben Zeitpunkt wurde auch der Angehörige interviewt und dessen Fremdbild über den Patienten aufgezeichnet. Insgesamt gab es also maximal fünf Interviews für jeden Patienten:

- Bei der Aufnahme ein Selbstbild des Patienten,
- nach Abklingen des Schubes ein Selbstbild des Patienten,
- vor der Entlassung ein Selbstbild des Patienten,
- ein Fremdbild des Patienten über seinen Angehörigen sowie
- ein Fremdbild des Angehörigen über den Patienten.

Abb. 12 zeigt schematisch die so belegten Felder aller möglichen Erhebungen. Es ergab sich also eine 3-faktorielle Versuchsanordnung mit den Faktoren:

- Zeitpunkt (Aufnahme, Mitte, Entlassung),
- Art des Berichtes (Selbstbericht, Fremdbbericht),
- interviewte Person (Patient, Angehöriger).

2.2 Durchführung der Sprachprobenerhebung =====

Um Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Sprachproben zu garantieren, wurde eine gleichbleibende Interview-Situation angestrebt von Raum, Personal und zeitlichem Ablauf her. Stets fand folgender Modus statt: Sofort nach der Einlieferung des Patienten im PLK wurde der Interviewer verständigt und führte das Aufnahme-Gespräch durch. Für alle Untersuchungstermine wurde das gleiche Arztzimmer auf der Station benutzt, ein nicht steriles, aber weitgehend neutrales Zimmer. Auch für die späteren Erhebungen beim Patienten und den Angehörigen war die Situation identisch. Das Gespräch fand jeweils unter vier Augen statt. Alle Gespräche wurden vom Autor selbst durchgeführt.

Abb. 12 Untersuchungsplan

Interview-zeitpunkt	Aufnahme T 1		Nach Schub T 2		Bei Entlassung T 3	
	Selbstbild	Fremdbild	Selbstbild	Fremdbild	Selbstbild	Fremdbild
Interviewer	Patient	S 1 N = 80	S 2 N = 53		S 3 N = 80	F P N = 41
	Angehörig.					F A N = 41

Instruktion

In Anbetracht der seelischen Nöte des Patienten in der psychotischen Dekompensation erschien der Wortlaut der Standardinstruktion zu steril und brüskierend, so daß eine modifizierte und verkürzte Instruktion gegeben wurde. "Interessantes oder Aufregendes aus dem Leben" wurde durch "Wichtiges oder Typisches" ersetzt. Außerdem wurden die Bemerkungen weggelassen: "Wollen Sie mich vorher noch etwas fragen? Bitte fangen Sie an!" und "Dies ist eine Sprachuntersuchung".

Instruktion zur Erhebung des Selbstbildes:

"Berichten Sie etwas Wichtiges oder Typisches aus Ihrem Leben. Ich möchte Sie nicht unterbrechen. Offene Fragen können wir danach besprechen."

Instruktion zur Erhebung des Fremdbildes:

"Berichten Sie etwas Wichtiges oder Typisches aus dem Leben Ihres Angehörigen. Ich möchte Sie nicht unterbrechen. Offene Fragen können wir danach besprechen."

Ein Beispiel einer schizophrenen Sprachprobe ist in Abb. 13 dargestellt.

Erste Sprachprobenerhebung

Vor der ersten Sprachprobe war vom Aufnahmearzt der Aufnahme modus geklärt worden, also wer die Patientin zur Aufnahme schickt und warum, war die Symptomatik exploriert worden und die eventuell begleitenden Angehörigen dazu gehört worden. Somit war die Aufnahme formell abgeschlossen und die Patientin wurde auf die Station verbracht. Der begleitende Aufnahmearzt informierte die Stationsärzte über seine Befunde und die Diagnose.

Die hochpsychotischen Patientinnen reagierten auf die Instruktion teilweise in unvollständigen Sätzen und Worten. Andere wieder starrten stumm vor sich hin, andere drohten

Abb. 13 Sprachprobe

Jesus ist immer bei mir. Jesus spricht auch jetzt im Moment zu mir.
Er sagt, daß ich in den Himmel komme. Er sagt, daß Gott allmächtig ist
und allen Menschen verzeiht, daß Gott zum zweiten mal auf die Welt
gekommen ist und zum zweiten Mal am Kreuz für uns Menschen sterben
will, um uns von allem Bösen zu erlösen. Er hat mich auserwählt, zu
sagen, daß dieser Mann Jesus ist. Und ich werde es immer und immer
wieder sagen, daß der Herr Pfarrer Karl Götz Jesus ist, und ich weiß
es ganz genau. Ich kenne ihn von früher gut, von der Schule her, als
ich noch in den Kindergarten gegangen bin. Er spricht dauernd mit mir.
Er ist dauernd bei mir. Ich bin nie mehr allein. In jener Nacht, in der
ich so verzweifelt war und nicht mehr weiter wußte, da ist er
erschienen, da ist Gott gekommen. Ich bin über dem Bett geschwebt,
und ich wußte: Gott ist da. Ich war sehr glücklich, so glücklich war
ich in meinem ganzen Leben noch nicht. Nach wie vor geht es mir gut.
Es ist mir immer gut gegangen. Ich bin nicht krank. Ich habe keine
Beschwerden, keinerlei Beschwerden. Ich bin gesund. Ich bin nicht krank.
Ja, ich habe Angst vor dem Tod, vor den Todesqualen, die ich ausstehen
muß. Im Jahr Zweitausend wird der Weltuntergang sein. Das hat er mir
auch gesagt, Jesus, als ich im Bett lag. Ich habe Schuld auf mich
geladen. Ich habe gehurt, ich war eine Hure. Das sage ich Ihnen jetzt
ins Gesicht. Gott hat mir verziehen für alles, was ich getan habe. Was
ich so getrieben habe, das ist unvorstellbar, und Gott hat mir
verziehen, mir, die ich eine Hure war. Das können Sie mir glauben.
Jesus war sehr enttäuscht von mir und wollte, daß ich eine Nonne werde
und in ein Kloster gehe. Aber die Männer wurden mir zum Verhängnis. Das
hat auch der Dr. Haller gesagt, der eine Etage unter mir wohnt.
Während meiner Krankheit hat er mir sehr geholfen. Ich war gar nicht

in der Lage, etwas zu tun. Ich war etwa 6 Wochen krank geschrieben. Dann habe ich wieder eine Woche gearbeitet. Dann wußte ich, es geht nicht mehr weiter. Ich kann nicht mehr. Und da wollte mir der Dr. Haller helfen. Er hat gesagt, er fährt mich zum Pförtner nach Emmendingen, er will mir helfen und er will sich bestätigen lassen, daß ich etwas an den Augen habe. Ich habe etwas im Auge und das werde 1 a 3 ich haben bis zu meinem Tod. Ich sehe Jesus vor mir. Jesus sieht aus wie der Pfarrer Karl Götz, und dieser Mann ist Jesus, und das weiß ich ganz genau. Dieser Mann ist immer so erbärmlich herumgelaufen. Die 5 b 2 II c 3 II b 3 5 b 2 Leute haben gespottet, keiner konnte ihn leiden. Dieser Mann, dieser Mann ist Jesus. Er ist jedes Jahr nach Jerusalem gepilgert. Dieser Mann ist Jesus. Das dürfen Sie mir glauben. Das sage ich allen. Dieser Mann ist Jesus, das weiß ich ganz genau. Ja, Trauriges habe ich erlebt, III b 2 3 a 3 III b 2 aber darüber komme ich weg. Das Verhältnis ist zu Ende gegangen mit III c 3 5 a 3 einem Mann. Ich habe im Spiegel gesehen, daß ich wie eine Hure aussehe. IV c 3 5 a 3 Und dieser Mann hat es auch gesehen. Er hat immer gesagt: Warum guckst Du so böse? Das war eben mein Augenleiden und deshalb habe ich das I b 2 Verhältnis beendet.

Erstes Gespräch bei der stationären Aufnahme, Standardinstruktion des Gottschalk-Gleser-Verfahrens bei einer 28-jährigen Patientin mit dem zweiten Schub einer paranoid-halluzinatorischen schizophrenen Erkrankung.

Skala	Signie- rung	Roh- wert	End- wert	
nach auß.ger.Aggr.(offen)	I	2	0,67	
nach auß.ger.Aggr. (verd)	II	6	1,09	
nach innen ger, Aggr.	III	26	2,19	
ambivalente Aggr.	IV	14	1,62	
Todesangst	1	1	1,68	
Verletzungsangst	2	0	0	
Trennungsangst	3	4	0,90	
Schuldangst	4	5	1,00	
Schamangst	5	22	2,02	
diffuse Angst	6	0	0	
Wortzahl		551		

und es entstand eine hoch emotional aufgeladene Atmosphäre, teils aggressiv, teils sexuell oder sehnsuchtsvoll. Hauptsächlich kamen die Einfälle aus dem Hier und Jetzt der Aufnahme-Situation und waren psychotisch entstellt. Thematisch klangen aber auch Auszüge aus der Lebensgeschichte an, heftige Vorwürfe gegen die Umwelt oder auch verklärte Schilderungen platonischer Beziehungen oder religiöser Erlebnisse. Interessanterweise endeten oft die Gespräche so, daß die Patientinnen nach einiger Zeit unvermittelt aufstanden, die Hand zum Abschied hinstreckten, sich umdrehten und gingen.

Zweite Sprachprobenerhebung

Nach 1 bis 8 Wochen (meist 3 Wochen) waren keine psychotischen Inhalte mehr zu explorieren. Ein Rating von drei Psychiatern diagnostizierte das Ende des psychotischen Schubes, wonach die zweite Sprachprobe erhoben wurde. Neben Schilderungen von früheren Begebenheiten aus der Lebensgeschichte, standen Ereignisse um die Aufnahme in das Krankenhaus im Vordergrund. Auch wurde häufig eine baldige Entlassung gewünscht. Da die Patientinnen inzwischen an den Stationsaktivitäten wie Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Schwimmen, Kegeln, Gymnastik, freiem Ausgang und Urlaub teilhatten, wurde ein weiterer Verbleib auf der Station teilweise nun als ungerechtfertigt angesehen, und Unwillen gegen die ärztliche Empfehlung gezeigt, noch einige Zeit in stationärer Behandlung zu verbleiben bis zur vollständigen Stabilisierung und um Rückfälle zu verhindern. Andere wiederum lehnten Urlaube zu Hause ab mit der Begründung, erst ganz wieder hergestellt in den alten Lebensraum zurückkehren zu wollen.

Das Entlassungsgespräch

Nach 3 bis 20 Wochen (meist 7 Wochen) waren die postpsychotischen Erscheinungen wie Angst- und Unruhegefühle, depressive Stimmungsschwankungen abgeklungen und die bevorstehende Entlassung versetzte die Patientinnen in eine eher heitere und fröhliche Stimmung. Teils versteckt, teils offen wurde Angst vor Konfrontation mit der früheren Umwelt geäußert,

in der die Dekompensation ausgelöst worden war: Die Partnerschaftsbeziehung, der berufliche Streß.

Das Angehörigengespräch

Die Patientin sollte ihre nächste Beziehungsperson benennen: Vater, Mutter, Ehepartner, Kind, Freund, -in, Pfleger. Beim letzten Besuch vor der Entlassung wurde das Interview durchgeführt. Dabei wurde das Fremdbild des Angehörigen über die Patientin eingeholt. Die Thematik kreiste teils um Überfürsorgliches, teils wurden vorwurfsvolle Schilderungen über das unverständliche Verhalten der Patientin vor dem Aufenthalt geäußert und die damit verbundenen Beeinträchtigungen für die Angehörigen. Gelegentlich wurden versteckt Abschiebewünsche geäußert, selten auch Scheidungsabsichten deutlich gemacht. In wohl der Hälfte der Fälle überwogen die Bitten um baldige Entlassung, weil die Patientin zu Hause gebraucht würde und es eben zu ihrem Besten wäre.

Das Angehörigen-Patientengespräch

In unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem Angehörigen-Interview wurde ein gesondertes Patientengespräch durchgeführt, und das Fremdbild der Patientin über den Angehörigen eingeholt. Insgesamt fanden Entlassungsgespräch, Angehörigengespräch und Angehörigen-Patienten-Gespräch eng aufeinanderfolgend an den letzten Behandlungstagen auf der Station statt. Das Entlassungsgespräch unmittelbar vor der Entlassung, das Angehörigengespräch beim letzten Besuch der Angehörigen vor der Entlassung, also innerhalb der letzten Woche, und das Angehörigen-Patienten-Gespräch im unmittelbaren Anschluß an das Angehörigen-Gespräch.

2.3 Auswertung

Meist noch am selben Tag wurden vom Autor die Tonbandprotokolle transkribiert. Dies hatte den Vorteil, daß Fehler bei der Transkribierung infolge undeutlichen Redens, Satzabbrüchen, Wortneubildungen und dialektischen Verfärbungen

der Patientinnen vermieden werden konnten. Alle Protokolle wurden außerhalb von denselben erfahrenen Ratern codiert. Dabei handelt es sich um eine seit fast 10 Jahren tätige Ratergruppe, die sich regelmäßigen Reliabilitätsüberprüfungen unterzieht*.) Die Inter- und Intraraterübereinstimmung in der Auswertung bei den verschiedenen Skalen liegt zwischen $r_{tt} = .80$ und $r_{tt} = .90$ (Produkt-Moment-Korrelationen) (siehe bei Koch 1980). Diese Ergebnisse stimmen mit denen der Arbeitsgruppe von Gottschalk überein (Schöfer et al. 1979a).

Eingeschätzt wurden nach Angst- und Aggressionsskalen insgesamt 343 Protokolle von 80 Patientinnen, davon 39 ohne und 41 mit einer Sprachprobe des Angehörigen. Erst im Verlauf der Untersuchung war eine solche Sprachproben-erhebung bei den Angehörigen noch in den Untersuchungsplan mit aufgenommen worden, so daß diese nur bei 41 Fällen vorliegt.

Abb. 14 zeigt, welche Beziehungen zwischen den Selbst- und Fremdbildern untersucht wurden:

1. Veränderungen der Affektwerte in den Selbstbildern über die 3 Zeitpunkte und zwar Selbstbild der Patientin bei der Aufnahme (S1) zu Selbstbild der Patientin nach Abklingen der Psychose (S2) sowie Selbstbild der Patientin bei der Aufnahme (S1) zu Selbstbild der Patientin bei der Entlassung (S3).
2. Vergleich der Affektwerte zwischen den Selbstbildern aller drei Zeitpunkte und dem zeitlich mit dem letzten Selbstbild erhobenen Fremdbild der Patientin, das diese vom Angehörigen abgab, und zwar Selbstbild der Patientin bei der Aufnahme (S1) zu Fremdbild der Patientin (FP) sowie Selbstbild der Patientin nach Abklingen des psychotischen Schubes (S2) zu Fremdbild der Patientin (FP) sowie Selbstbild der Patientin bei der Entlassung (S3) zu Fremdbild der Patientin (FP).

*) Ich danke an dieser Stelle Frau I. Riemann und Frau I. Prockl-Pfeiffer des Sonderforschungsbereichs 115 der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf für die Codierung der Sprachproben nach dem Gottschalk-Gleser-Verfahren.

Abb. 14 Untersuchte Beziehungen zwischen den Selbstbildern der Patienten zu den drei Erhebungs-
zeitpunkten und den Fremdbildern der Patienten und der Angehörigen.

Selbstbild der Patienten zu Selbstbild der Patienten	Selbstbild der Patienten zu Fremdbild der Patienten	Selbstbild der Patienten zu Fremdbild der Angehörigen	Fremdbild der Patienten zu Fremdbild der Angehörigen
Selbstbild der Patienten bei der Aufnahme zu Selbstbild der Patienten nach dem Schub	Selbstbild der Patienten bei der Aufnahme zu Selbstbild der Patienten nach dem Schub	Selbstbild der Patienten bei der Aufnahme zu Fremdbild der Angehörig.	Selbstbild der Patienten bei der Entlassung zu Fremdbild der Angehörig.
S 1 / S 3	S 1 / S 2	S 1 / F P	S 1 / F A
S 1 / S 3	S 1 / S 2	S 1 / F P	S 3 / F A
S 1 / S 3	S 1 / S 2	S 1 / F P	S 3 / F A
S 1 / S 3	S 1 / S 2	S 1 / F P	S 3 / F A

3. Vergleich der Affektwerte zwischen den Selbstbildern aller drei Zeitpunkte und dem zeitlich mit dem letzten Selbstbild erhobenen Fremdbild des Angehörigen, das dieser über die Angehörige abgibt,

und zwar Selbstbild der Patientin bei der Aufnahme (S1) zu Fremdbild des Angehörigen (FA) sowie

Selbstbild der Patientin nach Abklingen des psychotischen Schubes (S2) zu Fremdbild des Angehörigen (FA) sowie

Selbstbild der Patientin bei der Entlassung (S3) zu Fremdbild der Angehörigen (FA).

4. Vergleich der Affektwerte zwischen dem Fremdbild der Patientin und dem Fremdbild des Angehörigen, die beide zum selben Zeitpunkt erhoben wurden, und zwar Fremdbild der Patientin (FP) zu Fremdbild des Angehörigen (FA).

Für die rechnerische Auswertung wurden Häufigkeitsanalysen, einfaktorielle und zweifaktorielle Varianzanalysen sowie T-Test-Serien gerechnet.

zu_1: Für die Selbstbilder der Patientinnen wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit Meßzeitwiederholung zum Zeitpunkt T1 bis T3 gerechnet.

zu_2: Zum Vergleich der Selbstbilder der Patientinnen zum Zeitpunkt T1 bis T3 mit dem Fremdbild der Patienten über den Angehörigen wurden 3 T-Test-Serien pro Affektskala gerechnet.

zu_3: Zum Vergleich der Selbstbilder der Patientinnen zum Zeitpunkt T1 bis T3 mit dem Fremdbild des Angehörigen über die Patientin wurden ebenfalls 3 T-Test-Serien pro Affektskala gerechnet.

zu_4: Schließlich wurden T-Tests für Parallelstichproben für den Vergleich zwischen Fremdbild des Angehörigen und Fremdbild der Patientin gerechnet.

Parallel zur stationären Behandlung wurden verschiedene Sozialdaten über die Kindheit, die Vorgeschichte der Erkrankung und das soziale Umfeld gesammelt. Ebenso wurde die Symptomatik und der Behandlungszeitraum sowie der Erfolg der Behandlung erfaßt. Auch über die Angehörigen wurden einige

Sozialdaten erhoben. Für all diese kategorialen Daten wurden Häufigkeitsanalysen und Crosstables zur Untersuchung ihrer wechselseitigen Abhängigkeit gerechnet.

Die Beziehung der Gottschalk-Gleser-Skalen und der Sozialdaten wurde mit zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Meßzeitwiederholung T1 bis T3 für die Selbstbilder der Patientinnen, mit einfaktorieller Varianzanalyse für das Fremdbild der Patientinnen und ebenfalls mit einfaktorieller Varianzanalyse für das Fremdbild der Angehörigen untersucht.

2.4 Stichprobe =====

Bevor die Einflüsse der Selbst- und Fremdbildinstruktion auf die Affekte der Schizophrenen und die Wechselwirkungseinflüsse mit den Sozialvariablen aufgezeigt werden, soll zunächst auf die Stichprobe eingegangen werden. Dabei kommt diesem Kapitel insofern Bedeutung zu, als hier Nebenergebnisse dargestellt werden. Dies geschieht deshalb in ausführlicher Weise, weil mich ein eigenständiges Interesse an den Sozialvariablen und deren Zusammenhänge leitet, die - wie ich es im theoretischen Teil dieser Arbeit ausgeführt habe - in der Literatur teilweise noch ungeklärt sind. Insofern kommt diesem Abschnitt auch inhaltliche Bedeutung zu. Darüberhinaus hat die Literaturdurchsicht ergeben, daß oft die Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Studien durch die ungenügende Stichproben-Deskription erschwert wird. Im übrigen wird der Ergebnisteil 2.5.2 mit der Beschreibung der Affektreaktionen in Wechselwirkung mit Sozialvariablen übersichtlicher gestaltet, wenn der Beschreibung der Sozialvariablen an dieser Stelle ein Platz eingeräumt wird.

Es wurden 80 Patientinnen untersucht, die akut an einem Schub einer Schizophrenie erkrankt waren, auf einer von drei Frauen-Aufnahme-Stationen des Psychiatrischen Landeskran-

Tabelle 1: Stichprobenzusammensetzung

Diagnose nach I C D (80 Fälle)	Paranoid-hall (18) 23% 295.3 Hebephrenie (10) 13% 295.1 Katatonie (9) 11% 295.2 Schi.simplex (8) 10% 295.0		coenästhet. (7) 9% 295.8 schizoaffect (11) 14% 295.7 Pfropfschizo (9) 11% 295.9 chronische (8) 10% 295.6	
Alter bei der Aufnahme	bis 35 Lj. 41%	bis 50 Lj. 34%	über 50 Lj. 25%	
Schicht	O S 15%	M S 48%	U S 38%	
Voraufnahmen	keine 13% 1 und 2 29%	3 und 4 20% 5 und 6 9%	7 und 8 12% über 8 18%	
Isolierung	nein 29%	ja 71%		
Unterbringung	freiwillig 82%	Gesetz 18%		
Kontakt zu Angehörigen	gut 38%	schlecht 62%		
Medikation Anzahl	1 und 2 35%	3 und 4 53%	über 4 12%	
Medikation Wechsel	Mono-the 15%	Kombination 52%	Wechsel 33%	
Dauer des Aufenthaltes	bis 6 Wo 48%	bis 12 Wo 26%	über 12 Wo 26%	
Dauer des Schubes	bis 2 Wo 34%	bis 5 Wo 36%	über 5 Wo 30%	
Soziales Umfeld n.E.	arbeits- fähig 54%	weiter in Pflege 38%	erstmal in Pflege 8%	
Angehöriger Einstellung z.The	befürwort. 48%	aktiv 47%	ablehnend 5%	
Angehöriger psychisch krank	nein 92%	ja 8%		

kenhauses Emmendingen von Juli 1980 bis Februar 1981 aufgenommen wurden und bis zur Entlassung bzw. Verlegung in ein Heim dort behandelt wurden. Daten wurden erhoben zur aktuellen Anamnese, zur Krankheitsvorgeschichte, zur

Tabelle 2

Interkorrelationen der Krankheits- und Sozialvariablen

Signifikanzniveau	Soziale Vorgeschichte												
	soziales Umfeld vor Aufn. Diagnose Schichtzugehörigkeit Beruf	Vorgeschichte der Krankheit Alter beim ersten Aufenthalt Anzahl der Aufenthalte Zwischenmedikation Distanz zum letzten Aufenthalt Alter bei der Aufnahme	Vorgeschichte Kindheit Geschlechtsausgewogenheit	Schwere der Symptome Anzahl der Medikamente Kombination der Medikamente Isolierung Unterbringung Kontakt zu den Angehörigen	Dauer des Schubes des Aufenthaltes	Soziales Umfeld nach der Entl. soziales Umfeld n.E. berufliches Umfeld n.E. Veränderung im sozialen Umfeld							
+	p	.10											
++	p	.05											
+++	p	.01											
++++	p	.001											
Soziale Vorgeschichte													
soziales Umfeld vor Aufn. Diagnose Schichtzugehörigkeit Beruf													
Vorgeschichte der Krankheit Alter beim ersten Aufenthalt Anzahl der Aufenthalte Zwischenmedikation Distanz zum letzten Aufenthalt Alter bei der Aufnahme													
Vorgeschichte Kindheit Geschlechtsausgewogenheit													
Schwere der Symptome Anzahl der Medikamente Kombination der Medikamente Isolierung Unterbringung Kontakt zu den Angehörigen													
Dauer des Schubes des Aufenthaltes													
Soziales Umfeld nach der Entl. soziales Umfeld n.E. berufliches Umfeld n.E. Veränderung im sozialen Umfeld													

Genese und zur Behandlung. Zusätzlich wurden Daten zur Person des Angehörigen erstellt. Diese Daten wurden während des stationären Aufenthaltes vom behandelnden Arzt erhoben.

Zur aktuellen Anamnese wurden erhoben:

- Diagnosegruppenzugehörigkeit,
- Alter bei der jetzigen Aufnahme und Alter bei der ersten Aufnahme,
- Anzahl an Voraufnahmen,
- Distanz zum letzten Aufenthalt,
- Variablen des sozialen Umfeldes (soziales Umfeld vor der Aufnahme, soziales Umfeld nach der Entlassung, berufliches Umfeld nach der Entlassung, Veränderungen des sozialen Umfeldes),

zur Genese:

- Variablen der Primärfamilie (Geschwisterzahl, Stellung in der Geschwisterreihe, Geschwisterausgewogenheit nach dem Geschlecht, Art der Geschlechtsunausgewogenheit),
- traumatische Faktoren (besonderer Ereignisse, Alter beim Trauma, Anzahl an belastenden Faktoren),

zur stationären Behandlung:

- Dauer des Aufenthaltes, Dauer des Schubes,
- situative Einflüsse (Isolierungen, Unterbringungen, Kontakt zu den Angehörigen),
- medikamentöse Einflüsse (Anzahl an Medikamenten, Kombination von Medikamenten, Präparate-Art, Zwischenmedikation),

zur Person des nächsten Angehörigen:

- Alter, Position im sozialen Umfeld, Schicht, Einstellung zur Therapie, psychische Krankheit.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der wichtigsten Sozial- und Krankheitsdaten, die in den folgenden Abschnitten erläutert werden. Ich brauche an dieser Stelle nicht näher darauf einzugehen, da sie in den folgenden Abschnitten ausführlich dargestellt werden. Für jede einzelne Variable wird in den nächsten Abschnitten nach einer Deskription die Häufigkeitsverteilung dargestellt und Interkorrelationen mit den übrigen Sozialvariablen beschrieben (Chi-Quadrat-Test).

Einen Überblick über Interkorrelationen der Sozialvariablen bietet dazu Tabelle 2. Hier sind horizontal und vertikal die Variablen aufgelistet und signifikante Interkorrelationen an Hand von markierten Arealen aufgetragen. Die Variablen des sozialen Umfeldes, der Krankheitsvorgeschichte und der aktuellen Anamnese korrelieren miteinander. Nahezu alle Variablen zeigen signifikante bis hochsignifikante Interkorrelationen.

2.4.1 Krankheitsvorgeschichte

Zur Krankheitsvorgeschichte wurden Variablen der Diagnosezugehörigkeit, des Alters bei der Aufnahme und des Alters bei der ersten Aufnahme, des sozialen Umfeldes (soziales Umfeld vor der Aufnahme, nach der Entlassung, berufliches Umfeld nach der Entlassung und Veränderung des sozialen Umfeldes) untersucht.

2.4.1.1 Diagnoseuntergruppen

Die Diagnose wurde nach dem Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (R. Degkwitz et al. 1980) gestellt. Über die Definition der Schizophrenie sowie der Untergruppen wurde im ersten Kapitel berichtet.

Von den 8 Schizophrenie-Untergruppen, die in der ICD aufgeführt sind, wurden "latente Schizophrenie" (ICD 295.5) und "schizophrene Episode" (ICD 295.4) nicht in die Untersuchung mit einbezogen. Zum einen waren im Untersuchungszeitraum diese beiden Untergruppen nicht vertreten, zum anderen wird die "latente Schizophrenie" von der ICD auch nicht mehr zur Benutzung empfohlen. Hier sind "Borderline-Störungen" einzuordnen, also im Grunde psychosenahe psychopathische Charakterstörungen. Die "akute schizophrene Episode", eine abortive und meist nur mit einem einmaligen Schub verlaufende, durch psychische Traumata ausgelöste, psychotische Reaktion ist ebenso wie die latente Schizophrenie nur in seltenen Fällen eine Indikation zur Aufnahme im Landeskrankenhaus und wird oft ambulant behandelt.

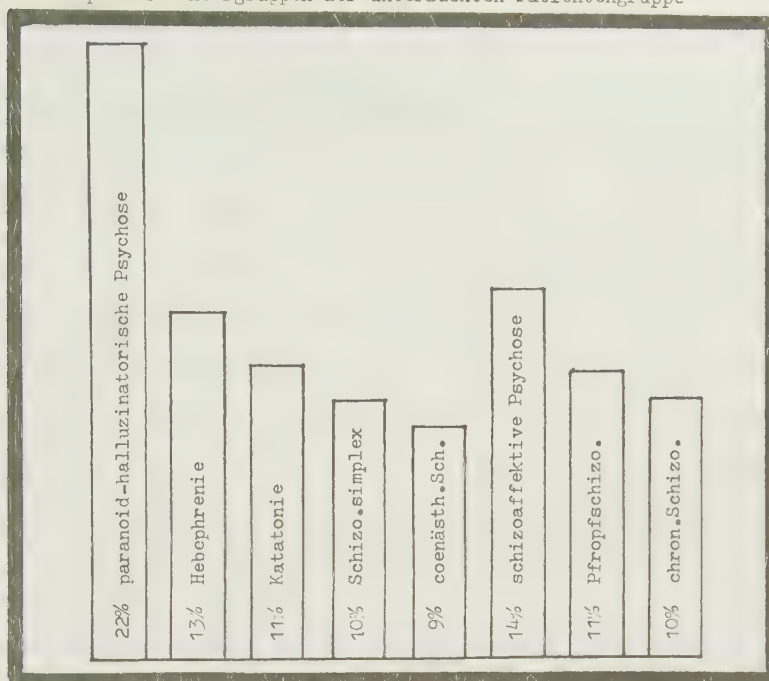
In Tabelle 3 sind die Gruppengrößen des Patientenlientels aufgeführt:

- paranoid-halluzinatorische Schizophrenie 18 Fälle, 22%;
- schizoaffektive Psychose 11 Fälle, 14%;
- Hebephrenie 10 Fälle, 13%;
- Pfropfschizophrenie 9 Fälle, 11%;
- Katatonie 9 Fälle, 11%;
- Schizophrenia simplex 8 Fälle, 10%;
- chronische Schizophrenie 8 Fälle, 10%;
- coenästhetische Schizophrenie 7 Fälle, 9%.

Bei ausgewogener Verteilung war die paranoide Gruppe stark vertreten, wie es auch der klinischen Erfahrung entspricht.

Tabelle 3

Schizophrenie-Untergruppen der untersuchten Patientengruppe



Zwischen den Diagnose-Gruppen und folgenden Sozialvariablen bestehen Korrelationen (Kontingenz-Koeffizient 0,44 bis 0,6) (siehe Tabelle 100 bis 112 im Anhang):

- Soziales Umfeld vor der Aufnahme ($p \leq 0.05$),
- Schicht ($p \leq 0.01$),
- Beruf ($p \leq 0.01$),
- Alter beim ersten Schub ($p \leq 0.05$),
- Zwischenmedikation ($p \leq 0.01$),
- Alter bei der Aufnahme ($p \leq 0.01$),
- Anzahl der Medikation ($p \leq 0.05$),
- Medikamentenkombination ($p \leq 0.05$),
- Isolierung ($p \leq 0.01$),
- Unterbringung ($p \leq 0.01$),
- privates Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.05$),
- berufliches Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.001$),
- Vergleich des sozialen Umfeldes vor und nach der Behandlung ($p \leq 0.05$).

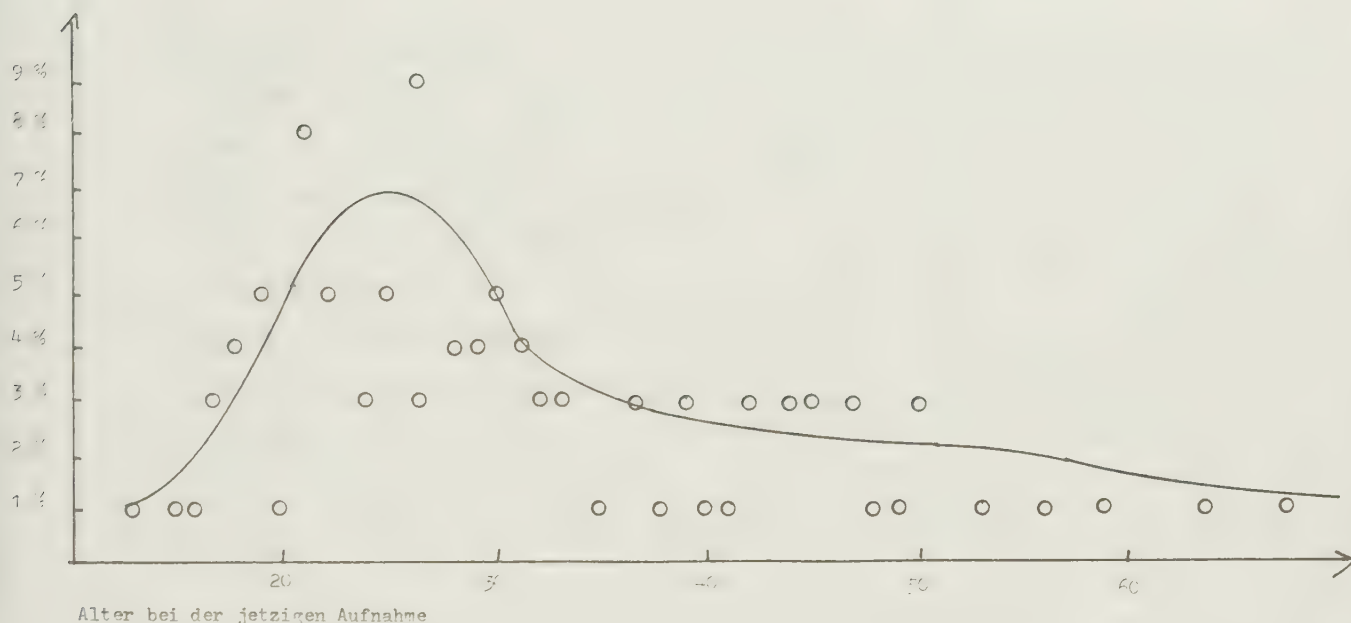
Allerdings muß hier angemerkt werden, daß wegen der 8 Diagnosegruppen eine kleine Zellenbesetzung vorliegt und deshalb die Signifikanzen problematisch sind.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die paranoid-halluzinatorische Gruppe die größte Gruppe der Patientinnen darstellt. Diese Patientinnen kommen zumeist aus normal ausgelasteten Verhältnissen, im beruflichen Bereich meist untere und mittlere Angestellte, und können gut rehabilitiert werden. Schichtzugehörig sind sie der Mittel- und Unterschicht. Bei

der Behandlung ist gelegentlich schon eine Monotherapie nutzbar, selten ist eine Isolierung erforderlich. Oft wird die Medikation poststationär abgesetzt. Auch die hebephrene Gruppe hat viele untere und mittlere Angestellte. Allerdings gehört sie mehr oberen und mittleren Schichten an. In jungem Alter kommt es hier zur ersten Aufnahme, so waren auch viele junge Patientinnen in der Stichprobe. Die Behandlung wird oft mit einer Kombinationstherapie durchgeführt. Isolierungen sind oft nötig, dagegen selten ein Unterbringungsverfahren. Katatone Patientinnen gehören meist mittleren Schichten an. Auch hier führt der erste Schub relativ oft zur Aufnahme im jungen Alter. Hier ist nun häufig ein Unterbringungsverfahren erforderlich, dagegen selten Isolierung. Es muß auch ein Wechsel der Medikation gelegentlich durchgeführt werden. Die Zwischenmedikation ist oft unregelmäßig. Die simplex-Patientinnen gehören ebenfalls mittleren Schichten an, sind auch relativ früh in stationärer Behandlung und in der Stichprobe in mittleren Jahrgängen vertreten. Hier muß auch mit Isolierungen gerechnet werden. Die coenästhetische Gruppe stammt aus mittleren Schichten, ein großer Teil der Patientinnen war berentet. Eine größere Zahl an Medikamenten und häufigerer Wechsel der Therapie als bei anderen Gruppen ist charakteristisch. Regelmäßig wird eine Zwischenmedikation angewandt. Die schizoaffektiven Patientinnen gehören meist oberen und mittleren Schichten an, ein Großteil arbeitet als mittlere Angestellte. Trotz einer großen Zahl an Medikamenten und gelegentlichem Medikamentenwechsel sind Isolierungen recht selten. Zwischenmedikation wird meist nicht regelmäßig verordnet. Die ppropfschizophrenen Patientinnen kommen aus unteren Schichten, sind oft untere Angestellte. Meist in jüngeren Jahrgängen waren sie das erste Mal in stationärer Behandlung. In der Stichprobe sind sie meist in mittleren Jahrgängen vertreten. Chronisch Schizophrene sind meist immer berentet, kommen aus rein pflgerischen Verhältnissen und sind zumeist Unterschichtsangehörige in der Stichprobe gewesen. Es handelte sich um

Tabelle 4

Alter der Patienten bei der jetzigen Aufnahme



mittlere und ältere Jahrgänge. Die Behandlung bestand in einer geringen Anzahl von Medikamenten, regelmäßiger und meist kombinierter Medikation und Zwischenmedikation.

2.4.1.2 Alter bei der Aufnahme

Die Patientinnen waren bei der Aufnahme zwischen 13 und 68 Jahre alt. Am häufigsten war die Altersklasse zwischen 25 und 30 vertreten. 41% waren jünger als 35 Jahre bei der Aufnahme, 33% waren 35 bis 50 Jahre alt und 25% über 50 Jahre alt. (Tabelle 4).

Zwischen den Altersgruppen und folgenden Sozialvariablen bestehen Korrelationen (Kontingenz-Koeffizient 0,4 bis 0,6) (Tabellen 113 bis 117 im Anhang):

- Diagnose ($p \leq 0.01$),
- Alter bei der ersten stationären Aufnahme ($p \leq 0.01$),
- soziales Umfeld vor der Behandlung ($p \leq 0.01$),
- soziales Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.05$),
- privates Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.001$),
- berufliches Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.001$).

(Kontingenz-Koeffizient 0,4 bis 0,59) (Tabellen 106, 113 und 117 im Anhang).

In der jungen Altersklasse sind viele Hebephrene vertreten und fast keine chronisch Kranken. Dennoch befindet sich bereits 1/3 der Patientinnen in pflegenden sozialen Verhältnissen. Ein kleiner Teil der Patientinnen war in übermäßig belasteten Umständen vor der Aufnahme. Bei den mittleren Jahrgängen ist ebenfalls ein Drittel in Pflege und ein kleiner Teil in übermäßig belasteten sozialen Verhältnissen gewesen. In dieser Altersklasse spielen sich die meisten Umstellungen von noch arbeitsfähigen Zuständen in pflegende Umstände. Von der älteren Altersklasse sind schon 4/5 in Pflege und der größte Teil berentet.

2.4.1.3 Alter bei der ersten Aufnahme

Beim ersten stationären Aufenthalt waren 70% der Patientinnen jünger als 35 Jahre, 23% waren zwischen 35 und 50 Jahre alt und 6% waren über 50 Jahre. Zwar entspricht das Alter bei der ersten Aufnahme nicht immer dem Alter des ersten Schubes, da auch ambulante Behandlungen des ersten Schubes berichtet wurden, jedoch hatten die meisten Patientinnen beim ersten Schub eine stationäre Behandlung (Tabelle 5).

Korrelationen zwischen dem Alter beim ersten Aufenthalt und anderen Sozialvariablen ergeben mit dem jetzigen Alter

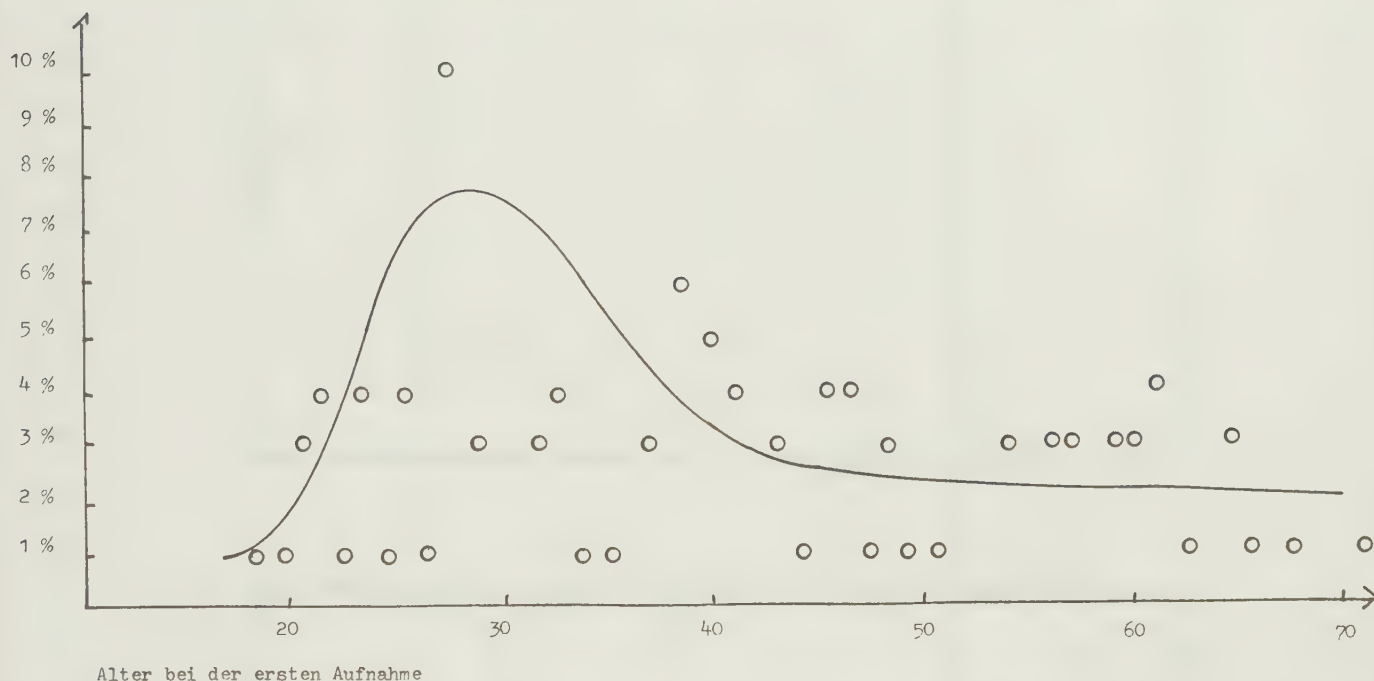
- mit dem jetzigen Alter ($p \leq 0.001$)
- und der Diagnose ($p \leq 0.05$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,4 bis 0,6) (Tabellen 107, 113 im Anhang).

Diagnose: Bei 8 Diagnose-Gruppen kamen die Patientinnen das erste Mal überwiegend vor dem 35. Lebensjahr in stationäre Behandlung. Nur bei der schizoauffektiven, chronischen und paranoid-halluzinatorischen Psychose gab es Erstaufnahmen auch nach dem 35. Lebensjahr.

Tabelle 5

Alter bei der ersten stationären Behandlung



2.4.1.4 Anzahl der Voraufnahmen und Distanz zum letzten Aufenthalt

Bei 13% der Patientinnen war die derzeitige Aufnahme die erste, 16% hatten eine Voraufnahme, 13% hatten 2 Aufnahmen, 11% hatten 3 Aufnahmen, 9% hatten 4 Aufnahmen, 5% hatten 5 Aufnahmen, 4% hatten 6 Aufnahmen, 6% hatten 7 Aufnahmen, 6% hatten 8 Aufnahmen, 17% hatten über 8 Aufnahmen. Insgesamt hatte also etwa die Hälfte der Patientinnen mehr als 3 Aufnahmen (Tabelle 6).

Die Distanz zum letzten Aufenthalt schwankte zwischen $1/2$ Jahr und sieben Jahren. 14% der Patientinnen waren zum ersten Mal in Therapie. Von den restlichen 86% waren 24% bis zu einem $1/2$ Jahr, 18% waren bis zu 1 Jahr, 16% bis zu 2 Jahren, 4% bis zu 3 Jahren, 4% bis zu 4 Jahren, 6% bis

Tabelle 6

Anzahl der Voraufnahmen

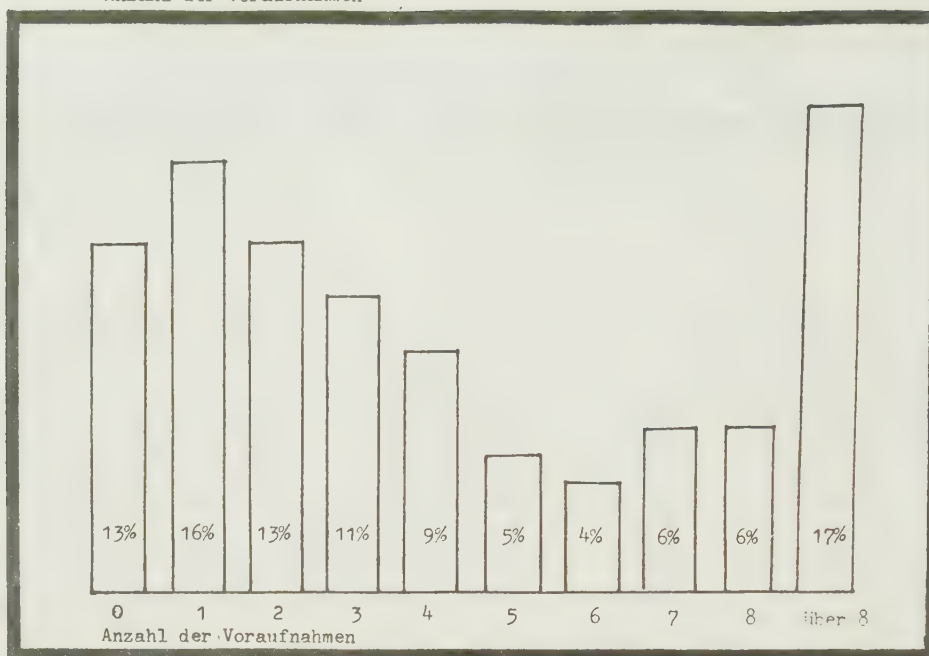
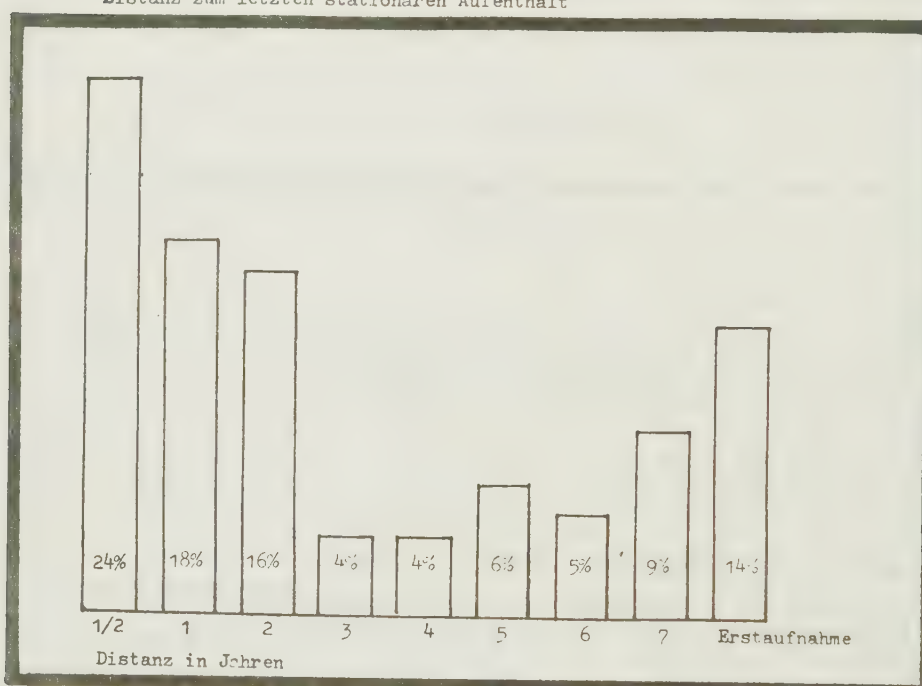


Tabelle 7

Distanz zum letzten stationären Aufenthalt

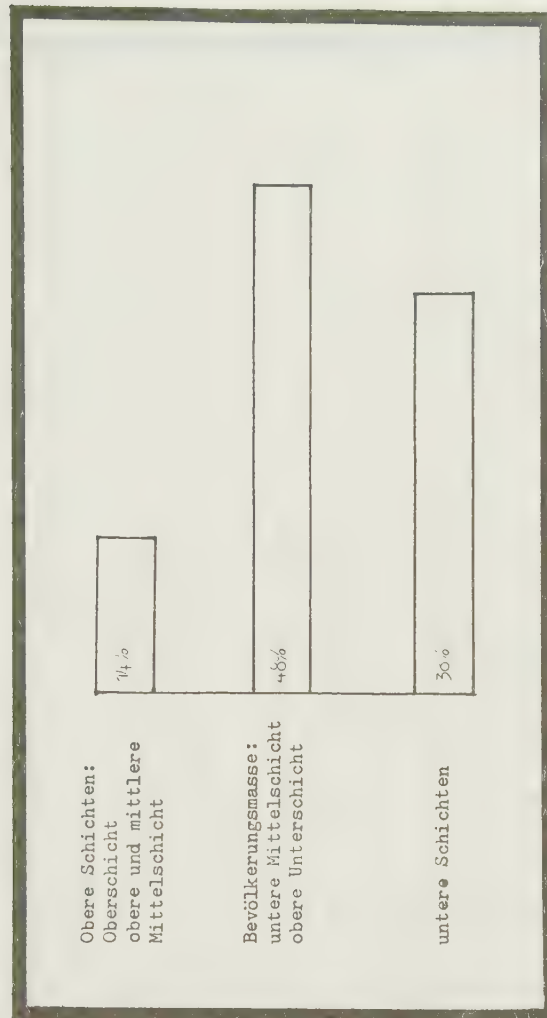


zu 5 Jahren, 5% bis zu 6 Jahren, 9% bis zu 7 Jahren ohne stationäre Behandlung geblieben (Tabelle 7).

Tendenzielle Korrelationen ergaben sich mit dem beruflichen Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.10$).

Mit zunehmender Anzahl der Aufenthalte nimmt kontinuierlich die Berentung zu; nach einer Aufnahme sind 1/4 Rentner, nach 3 Aufenthalten über die Hälfte.

Tabelle 8
Schichtzugehörigkeit



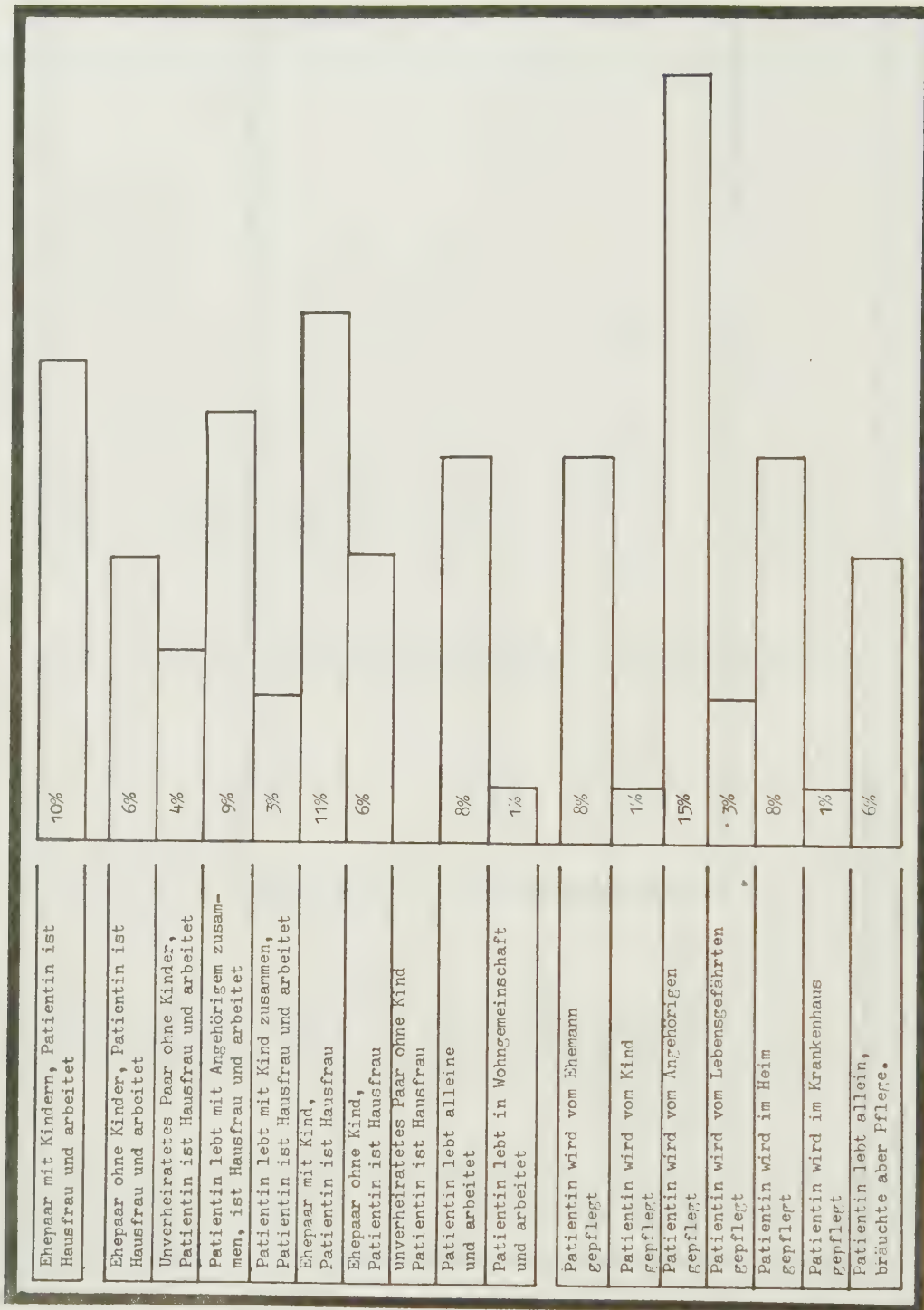
2.4.1.5 Schichtzugehörigkeit, Berufsgruppenzugehörigkeit, soziales Umfeld vor und nach der stationären Behandlung

Nach dem SSE-Index (Soziale Selbsteinstufung nach Kleinig und Moore 1968) sind 6% der Patientinnen mittlere Angestellte, 1% industriell mittlere Angestellte, 14% untere Angestellte, 1% industriell untere Angestellte, 9% Arbeiterinnen, 10% Studentinnen, 11% Hausfrauen, 28% Rentner.

Zur Einstufung nach Schichtzugehörigkeit hat sich ebenfalls die Berufskategorisierung des SSE bewährt. Dabei werden folgende Schichten unterschieden: Oberschicht, obere Mittel-

Tabelle 9

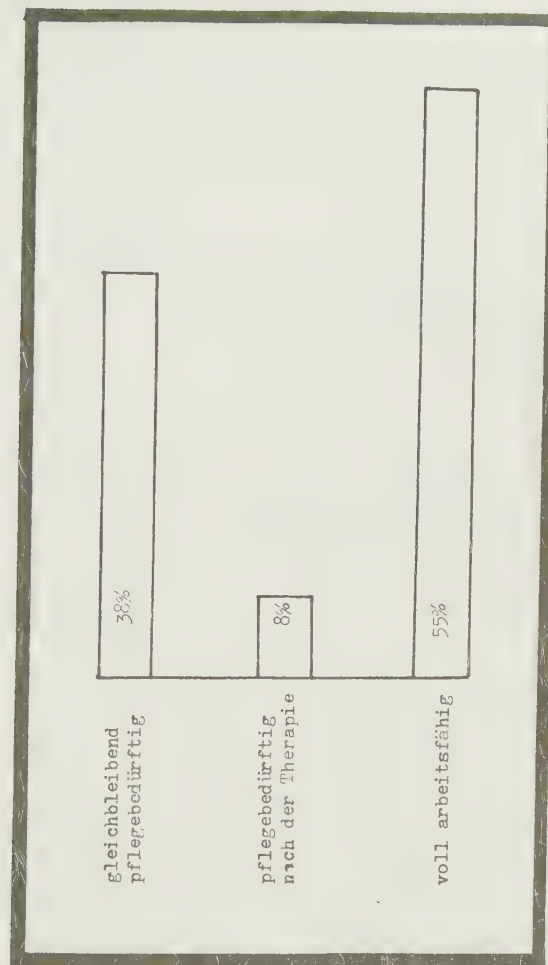
Soziales Umfeld der Patienten vor der stationären Behandlung



schicht, mittlere Mittelschicht, untere Mittelschicht (industriell), untere Mittelschicht (nicht industriell), obere Unterschicht (industriell, obere Unterschicht (nicht industriell), untere Unterschicht, Sozialverachtete. Eine von

Tabelle 10

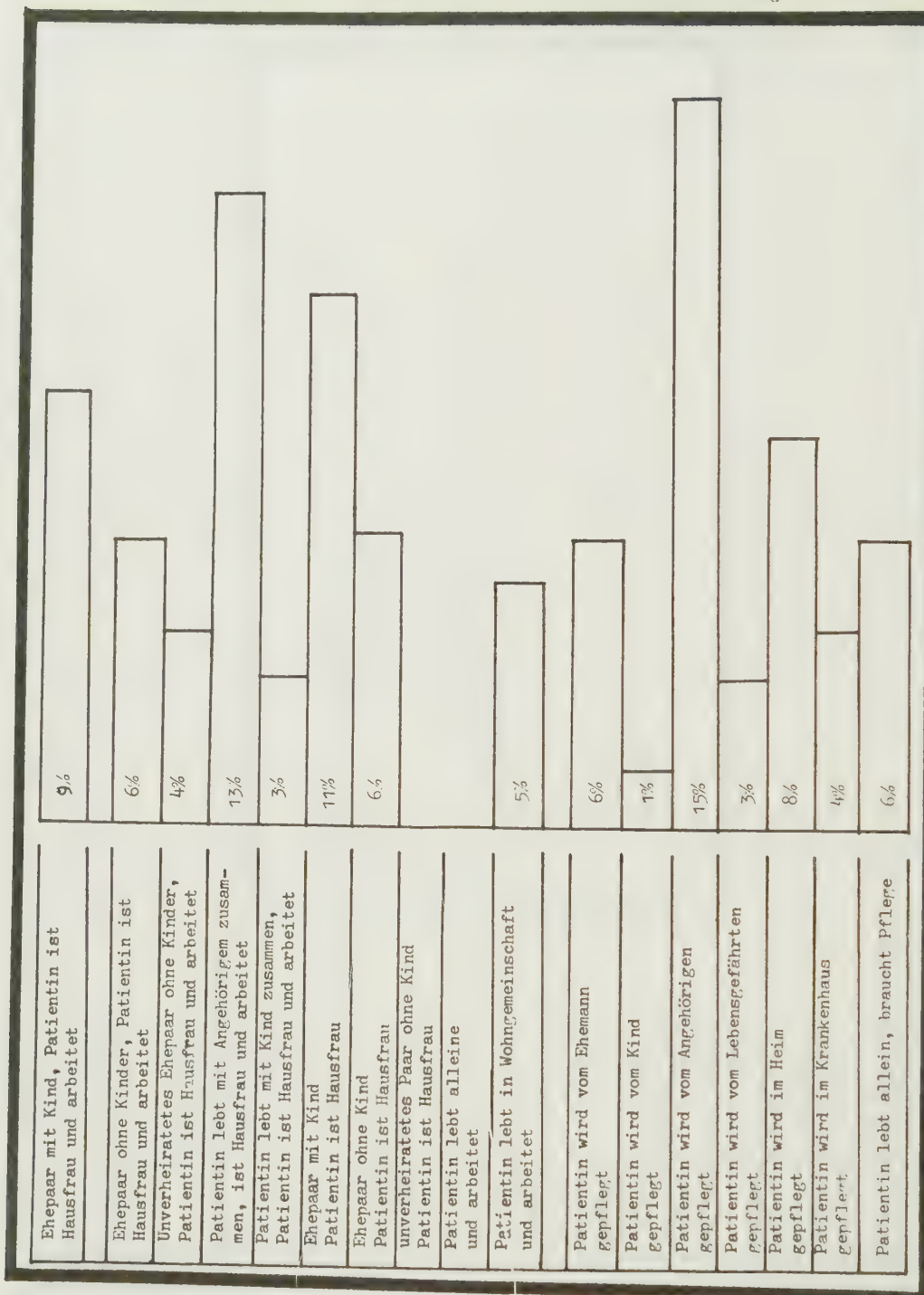
soziales Umfeld vor und nach der Therapie



den Autoren vorgeschlagene Zusammenfassung dieser differenzierten Unterteilung ergibt: Obere Schichten (OS, oMS, mMS), Bevölkerungsmasse (uMS, oUS) und untere Schichten (uUS, SozV). Da allerdings nur die Hälfte der Patientinnen einen Beruf ausübten oder erlernt hatten (Tabelle 7), wurde bei den übrigen Patientinnen der Beruf des Mannes, die eigene Schulbildung bzw. der Beruf des Vaters mit herangezogen. So entfielen 15% der Patientinnen auf die erste Gruppe, 47% auf die zweite Gruppe und 38% auf die letzte Gruppe. Es handelt sich also im Wesentlichen um eine Representation der Bevölkerung (Tabelle 8). Betrachtet man die soziale Einbettung der Patientinnen in das soziale Umfeld vor der Aufnahme, so zeigt sich, daß 36% der Patientinnen arbeitstätig waren,

Tabelle 11

Soziales Umfeld der Patienten nach der stationären Behandlung



13% sogar übermäßig belastet waren durch Beruf, Haushalt und Kinder. 43% befanden sich in pflegenden Verhältnissen, die größtenteils von den Angehörigen übernommen wurden (Tabelle 9).

Es bestehen Korrelationen der Berufsgruppenzugehörigkeit

- mit Diagnose ($p \leq 0.01$)
- und Zwischenmedikation ($p \leq 0.05$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,36 bis 0,6) (Tabellen 104 und 120 im Anhang);

Korrelationen der Schichtzugehörigkeit

- mit Diagnose ($p \leq 0.01$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,5) (Tabelle 105 im Anhang).

Korrelationen der Variablen soziales Umfeld vor der Aufnahme mit

- Diagnose ($p \leq 0.05$),
- Alter ($p \leq 0.05$),
- Zwischenmedikation ($p \leq 0.01$),
- berufliches Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.001$),
- soziales Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.001$),
- Veränderung des sozialen Umfeldes ($p \leq 0.001$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,38 bis 0,79) (Tabellen 102, 114, 118, 122, 124 im Anhang).

In den oberen Schichten sind Hebephrenie und schizoaffektive Psychose mehr als die anderen Diagnosegruppen vertreten, in den unteren Schichten die paranoid-halluzinatorische Psychose und Pfropfschizophrenie. Die katatonen, coenästhetischen und chronisch schizophrenen Gruppen haben einen großen Anteil von berenteten Patientinnen. In der paranoid-halluzinatorischen Gruppe findet sich ein großer Anteil an Hausfrauen, während schizoaffektive und hebephrene Patientinnen meist zusätzlich arbeitstätig waren.

Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung fällt auf, daß Berufstätige nur unregelmäßig eine Medikation zwischen den Aufenthalten einnehmen, hingegen Hausfrauen und Rentner regelmäßiger. Bei den Pflegebedürftigen wird meist eine Dauermedikation zu Hause fortgeführt, aber nur bei der Hälfte auch regelmäßig.

Nach Ende der Therapie konnten 54% der Patientinnen wieder voll arbeitstätig werden, 8% wurden zum ersten Mal pflegebedürftig und 38% blieben weiter pflegebedürftig (Tabelle 10). Bei den Pflegebedürftigen wurden nach der Entlassung 4% im Krankenhaus weitergepflegt, 6% wurden vom Ehemann - zuvor 8%, 1% vom Kind, 15% von sonstigen Angehörigen

- zuvor 16%, 3% vom Lebensgefährten, 8% in einem Heim, 6% brauchten weiter Hilfe, wollten aber allein leben (Tabelle 11).

Es bestehen Korrelationen der Variable soziales Umfeld nach der Entlassung mit

- Diagnose ($p \leq 0.05$),
- Alter ($p \leq 0.05$),
- Zwischenmedikation ($p \leq 0.05$),
- soziales Umfeld vor der Aufnahme ($p \leq 0.001$),

(Kontingenz-Koeffizient 0,36 bis 0,79) (Tabelle 101, 115, 119, 123 im Anhang);

der Variable berufliches Umfeld nach der Entlassung mit

- Diagnose ($p \leq 0.001$),
- Alter ($p \leq 0.001$),
- Zwischenmedikation ($p \leq 0.01$),
- soziales Umfeld vor der Aufnahme ($p \leq 0.001$),

(Kontingenz-Koeffizient 0,36 bis 0,668) (Tabellen 103, 116, 120, 122 im Anhang);

der Variable Veränderung des sozialen Umfeldes vor und nach der stationären Behandlung mit

- Alter ($p \leq 0.001$),
- Zwischenmedikation ($p \leq 0.001$),
- soziales Umfeld vor der Aufnahme ($p \leq 0.001$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,36 bis 0,61) (Tabellen 117, 121, 124 im Anhang).

Die Analyse der Korrelationen der Variablen des sozialen Umfeldes nach der Entlassung entspricht der des sozialen Umfeldes vor der Aufnahme. Zusätzlich ergibt sich für die neu in Pflegeverhältnisse gekommenen Patientinnen, daß diese zwischen 35 und 50 Jahre alt waren, bereits vor der Aufnahme auf eine regelmäßige Medikation eingestellt waren. Sie kamen zum Teil aus arbeitsmäßig überlasteten sozialen Verhältnissen.

Tabelle 12
Position in Geschwisterreihe

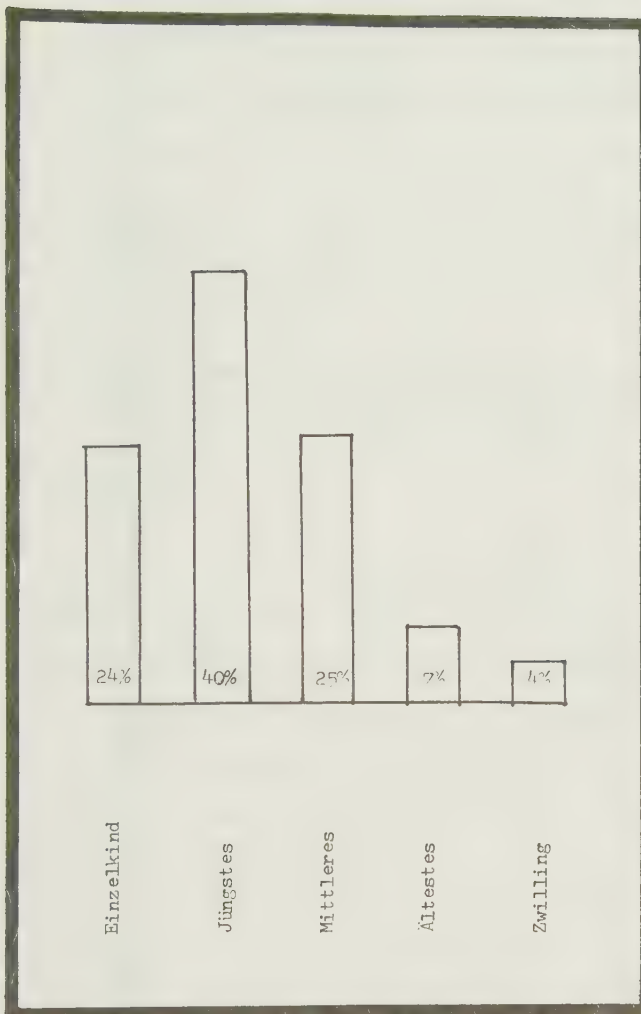
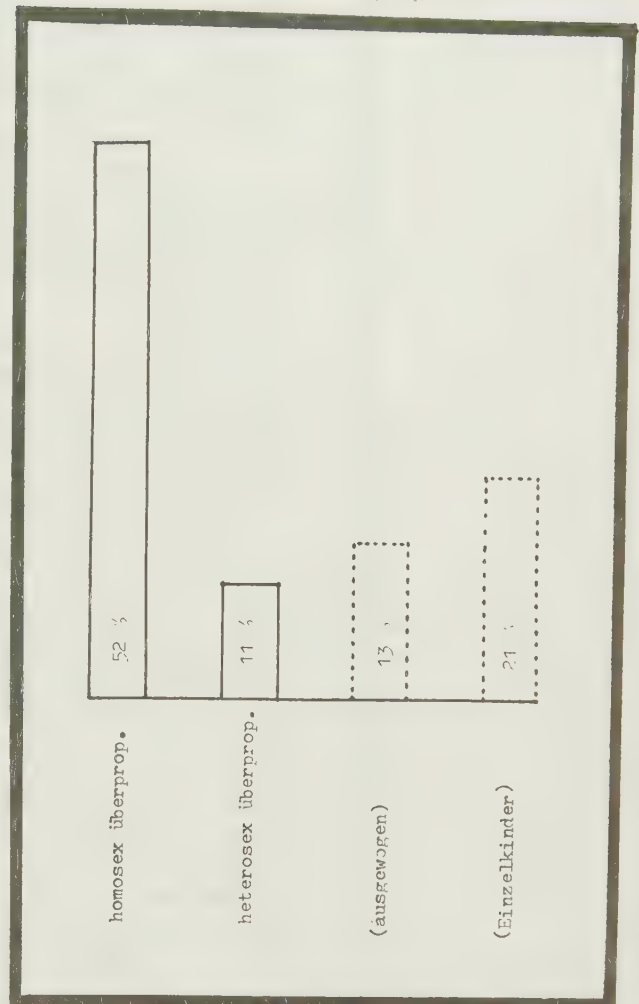


Tabelle 13
Art der Geschlechtsunausgewogenheit



2.4.2 Genese der Patientinnen

Es wurden Daten hinsichtlich besonderer Ereignisse in der Kindheit und der Stellung in der Geschwisterreihe erhoben. 24% der Patientinnen waren Einzelkinder, 76% hatten Geschwister, davon 49% bis zu 2 Geschwistern und 51% mehr als 2. Ein Geschwister hatten 18%, 2 hatten 31%, 3 15%, 4 14%, 5 11%, 6 3%, 7 6%, 8 1%, über 8 1%. Von den 76% der Patientinnen mit Geschwistern waren 40% das jüngste Kind, 25% mittleres, 76% ältestes Kind und 4% waren Zwillinge (Tabelle 12). Betrachtet man die Geschlechtszugehörigkeit in der Geschwisterreihe, so fällt auf, daß der überwiegende Teil der Patientinnen aus unausgewogenen Geschwisterverhältnissen

Tabelle 14

Besondere Ereignisse in der Kindheit

einmaliges Ereignis		17 %
Flucht oder Vertreibung	1 %	
Opfer von Verbrechen, Kz-Aufenthalt	1 %	
Umzug, Auswanderung	5 %	
Schwere Krankheit mit Krankenhausaufenthalt	3 %	
Schwere Krankheit ohne Krankenhausaufenthalt	2 %	
sonstiges Trauma	4 %	
temporäre Abwesenheit der Eltern		26 %
temporärer Aufenthalt in Heim oder Pflege	5 %	
temporäre Abwesenheit eines Elternteils ohne Ersatz	9 %	
Scheidung der Eltern, dann Stiefelternteil	2 %	
berufliche Tätigkeit beider Elternteile	9 %	
dauernde Abwesenheit der Eltern		26 %
Scheidung der Eltern ohne Wiederheirat	1 %	
uneheliches Kind ohne Ersatz der zweiten Beziehungsperson	1 %	
Heimkind ohne Eltern bei Pflegeeltern	2 %	
bei Verwandten aufgewachsen	0	
Verlust durch Tod eines Elternteils	15 %	22 %
Verlust durch Tod beider Elternteile	7 %	
dauerndes Trauma		34 %
psychische Krankheit eines Elternteils	7 %	18 %
psychische Krankheit eines Geschwisters	11 %	
alte Eltern	12 %	

nissen stammt - wo also ein Geschlecht deutlich überwiegt - nämlich 64% gegenüber 15%. Dabei überwiegt der Geschwisteranteil des eigenen Geschlechtes bei 52% gegenüber 11% (Tabelle 13). Soweit bei der psychiatrischen Exploration erhebbar, wurde eine Vielzahl von Ereignissen und Faktoren gesammelt, die teilweise spontan von den Patientinnen mit der Krankheit in Verbindung gebracht wurden (Tabelle 14). 57% der Ereignisse waren langdauernd wirksam, 26% vorüber-

gehend und 16% einmalige Ereignisse. Bei 18% lebten psychisch kranke, nahe Angehörige mit in der Familie. Während bei 17% ein einziges Trauma oder ein einziger langdauernder Faktor als Grund für die Erkrankung in Frage kommt, gaben 19% über 4 Faktoren an.

Korrelationen der Sozialvariablen der Genese mit den übrigen Sozialvariablen: Geschlechtsausgewogenheit korreliert tendenziell mit

- Diagnose ($p \leq 0.10$),
- Dauer des Aufenthaltes ($p \leq 0.05$),
- Dauer des Schubes ($p \leq 0.05$),

(Kontingenz-Koeffizient 0,32 bis 0,44) (Tabellen 132 - 135 im Anhang).

Bei der Untersuchung der Familienstruktur kam also eine deutliche Häufung von kinderreichen Familien zu Tage, eine Bevorzugung des jüngsten Kindes, eine unausgewogene Geschlechtsverteilung in der Geschwisterreihe mit Überwiegen von gleichgeschlechtlichen Geschwistern. Bei einem auffallend großen Prozentsatz an Patientinnen lebten psychisch kranke, nahe Angehörige mit im Familienverband. Überraschend war, daß die Variable "Geschlechtsausgewogenheit" der Geschwister in der Primärfamilie signifikante Korrelationen mit dem Krankheitsverlauf aufwies. Patientinnen aus "unausgewogenen" Familienstrukturen hatten schwere Verläufe, was sich in längeren Schüben und stationären Aufenthalten niederschlug.

2.4.3 Stationäre Behandlung

Unter diesem Überbegriff werden Dauer des Aufenthaltes, Dauer des Schubes, situative Einflüsse wie Isolierung, Unterbringung, Kontakt zu den Angehörigen sowie medikamentöse Einflüsse wie Anzahl und Kombination von Medikamenten, Präparatearten und Zwischenmedikation abgehandelt.

2.4.3.1 Dauer des Aufenthaltes und Dauer des Schubes

Die Hälfte der Patientinnen war weniger als 9 Wochen in Behandlung. 37% waren bis 6 Wochen, 26% zwischen 6 und 12 Wochen, und 24% mehr als 12 Wochen in Behandlung (Tabelle 15).

Tabelle 15

Dauer des Aufenthaltes

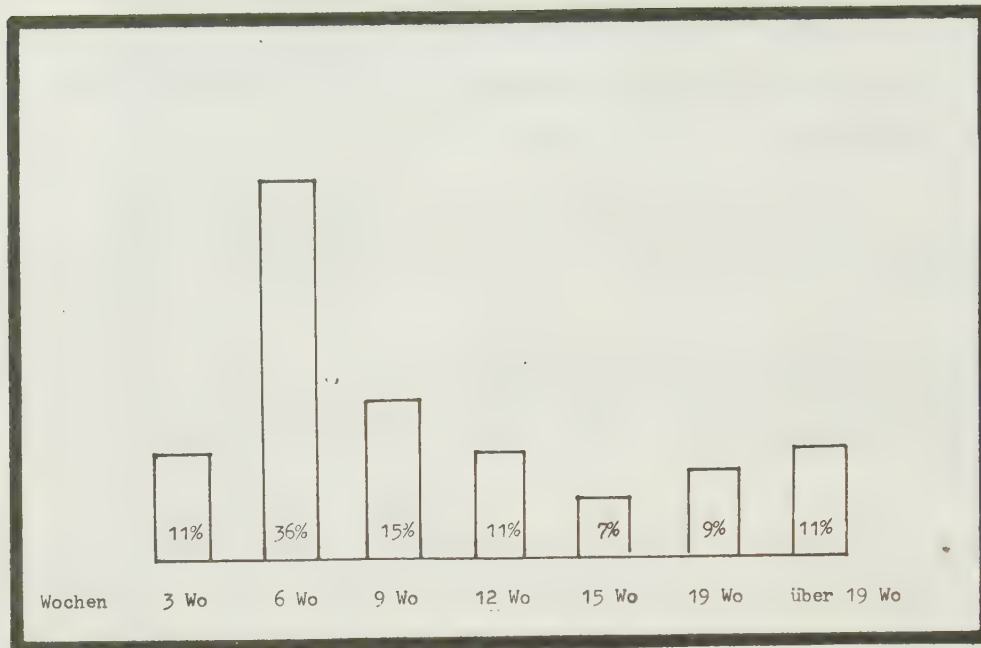
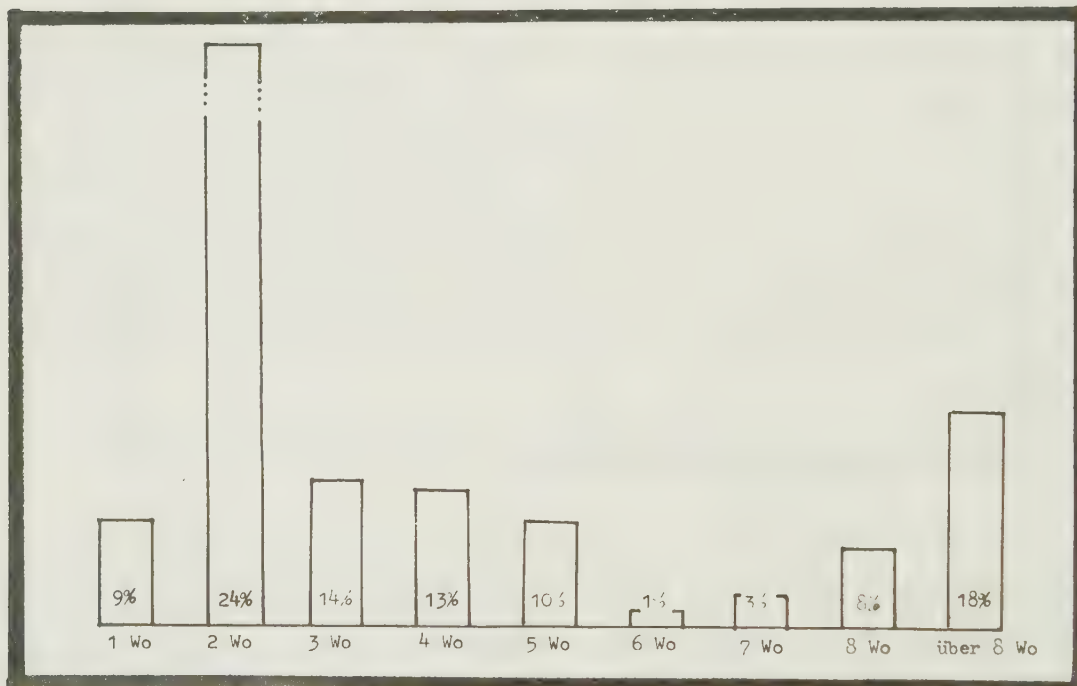


Tabelle 16

Dauer des Schubes



Korrelationen bestehen mit

- Ausgewogenheit des Geschlechtes in der eigenen Familie ($p \leq 0.05$),
- Schwere der Symptomatik ($p \leq 0.01$),
- Anzahl der Medikamente ($p \leq 0.05$),
- Medikamenten-Kombination ($p \leq 0.01$),
- Isolierung ($p \leq 0.01$),
- Kontakt zu den Angehörigen ($p \leq 0.10$).

(Kontingenz-Koeffizient 0,37 bis 0,52) (Tabellen 126, 128 im Anhang).

Die Hälfte der Patientinnen hatte einen Schub von unter 3 Wochen. 9% hatten 1 Woche, 25% 2 Wochen, 14% hatten 3 Wochen, 13% hatten 4 Wochen, 10% hatten 5 Wochen, 1% hatten 6 Wochen, 3% hatten 7 Wochen, 8% hatten 8 Wochen, 19% über 8 Wochen. Bis 2 Wochen war ein Drittel, 3 bis 5 Wochen ein weiteres Drittel und mehr als 5 Wochen wiederum ein Drittel im psychotischen Schub (Tabelle 16).

Korrelationen bestehen ähnlich hoch wie bei Dauer des Aufenthaltes hier bei Dauer des Schubes mit

- Ausgewogenheit des Geschlechts ($p \leq 0.05$),
- Schwere der Symptomatik ($p \leq 0.01$),
- Anzahl der Medikamente ($p \leq 0.01$),
- Medikamenten-Kombination ($p \leq 0.01$),
- Isolierung ($p \leq 0.01$),
- Kontakt zu den Angehörigen ($p \leq 0.10$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,36 bis 0,53) (Tabellen 125, 127, 129, 130, 131 im Anhang).

Mit zunehmender Dauer nimmt die Zahl an verordneten Medikamenten zu, wobei sich die Patientinnengruppe, die nur 6 Wochen bleibt, deutlich von den übrigen unterscheidet. In dieser Gruppe werden auch erfolgreich Monotherapien durchgeführt und es scheint sich die große Zahl an Isolierungen dennoch günstig auszuwirken. Mit zunehmender Verweildauer werden eher Medikamenten-Kombinationen und Medikamenten-Wechsel durchgeführt. Der Kontakt zu den Angehörigen ist in den mittleren und langen Verweildauern eher schlecht.

2.4.3.2 Situative Einflüsse durch Isolierung, Unterbringung und Kontakt zu den Angehörigen

Bei ausgeprägten aggressiven Verhaltensstörungen, wie sie bei psychotischen Erregungszuständen an den ersten Tagen des Aufenthaltes aber auch später noch bei Rückschlägen auftreten, wurden die Patientinnen zeitweise von den Mitpatientinnen isoliert, um Selbst- und Fremdgefährdung zu verhüten. Dies erfolgte bei 71% der Patientinnen, 29% brauchten nicht isoliert zu werden (Tabelle 17).

Tabelle 17

Isolierung

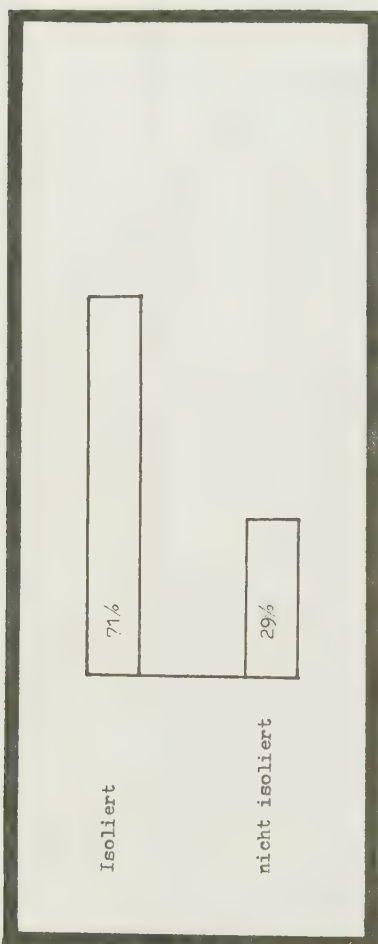


Tabelle 18

Unterbringung

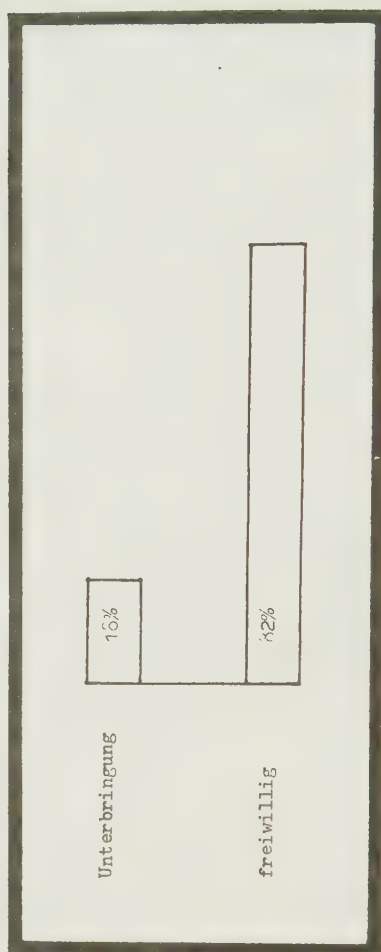


Tabelle 19

Kontakt zu den Angehörigen



Korrelationen bestehen mit

- Diagnose ($p \leq 0.01$),
- Dauer des Schubes ($p \leq 0.01$),
- Dauer des Aufenthaltes ($p \leq 0.01$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,44/0,36/0,37) (Tabellen 109, 125, 126 im Anhang).

Erwartungsgemäß war bei den antriebsarmen Gruppen wie der chronischen und Pfropfschizophrenie seltener eine Isolierung erforderlich als z.B. bei der Hebephrenie und der paranoid-halluzinatorischen Form. Hinsichtlich der Schub- und Aufenthaltsdauer besteht eine gegenläufige Tendenz zu den Isolierungen: reiche Gruppen haben offenbar kurze Verweildauern, weil deren aggressive Durchbrüche, die eine Isolierung

Tabelle 20

Anzahl der Medikation

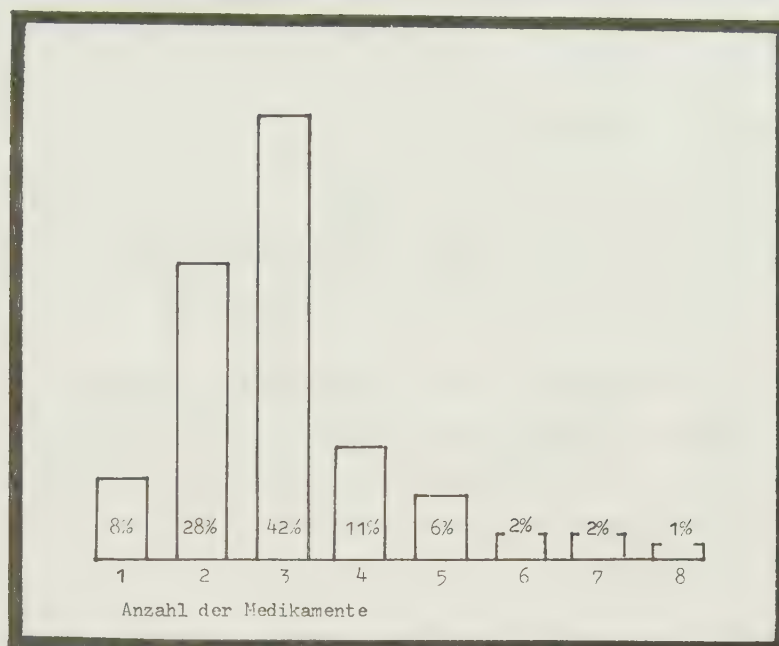
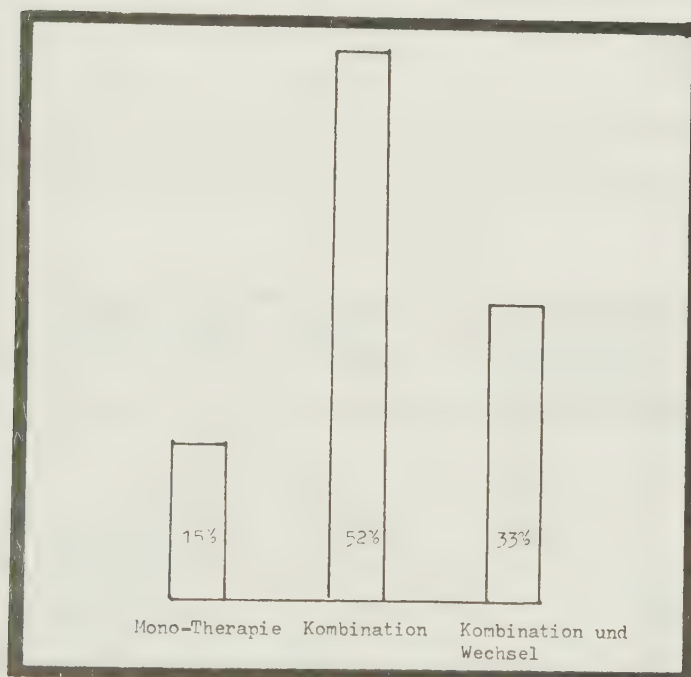


Tabelle 21

Medikamenten-Kombination



erforderlich machen, auf die Dauer des Schubes und des Aufenthaltes verkürzend wirken. Isolierung für kurze Zeit führt also nicht zur Verschlimmerung der Störung oder Verlängerung des Gesundungsprozesses. Aufgrund der Psychose-bedingten fehlenden Krankheitseinsicht bei gleichzeitig be-

stehender erheblicher Gefährdung mußten 17% der Patientinnen nach dem Unterbringungsgesetz eingewiesen werden, 83% waren freiwillig in Behandlung (Tabelle 18).

Korrelation besteht mit

- Diagnose ($p \leq 0.01$).

Bei Katatonie war am häufigsten von allen Schizophrenie-Gruppen eine Unterbringung erforderlich.

(Kontingenz-Koeffizient 0,45) (Tabelle 110 im Anhang)

Persönliche Kontakte und Telefonate galten als Kriterium für die Güte des Kontaktes zu den Angehörigen. Als reger Kontakt wurden 2 Kontaktaufnahmen pro Woche eingestuft. Dies war bei 38% der Patientinnen der Fall, 62% hatten weniger Kontakt (Tabelle 19).

Korrelationen bestanden tendenziell bei

- Dauer des Schubes ($p \leq 0.10$),
- Dauer des Aufenthaltes ($p \leq 0.10$).

Mit zunehmender Dauer des Schubes und des Aufenthaltes nimmt die Patientinnen-Gruppe zu, die wenig Kontakt mit den Angehörigen hat.

2.4.3.3 Anzahl der Medikamente, Medikamenten-Kombination und Präparateart, Zwischenmedikation nach der Entlassung

Wie oben bereits angedeutet, ist die Anzahl der verabreichten Medikamente abhängig von der Art und Schwere der Symptome, der eingetretenen Chronifizierung und einem gewünschten Prophylaxe-Effekt. (In die Variable gehen nicht ein: zusätzlich verordnete Antiparkinson-Mittel und nicht-psychiatrische Medikamente.) Die Anzahl der verordneten Medikamente schwankte zwischen 1 und 10. 8% der Patientinnen hatten nur ein einziges Medikament, 28% hatten zwei (34% hatten ein und zwei Medikamente), 42% hatten 3, 11% hatten 4 (53% hatten 3 und 4), 6% hatten 5, 1% hatten 6, 2% hatten 7, 1% hatte 8 (über 4 Medikamente hatten 10%) (Tabelle 20).

Tabelle 22

Art der verordneten Medikamente

Name	Häufigkeit der Verordnungen		
Neuroleptika		65,0 %	73,9 %
Haldol	22,0 %		
Glianimon	7,6 %		
Atosil	13,0 %		
Neurocil	6,8 %		
Truxal	8,9 %		
Decentan	4,2 %		
Leponex	0,4 %		
Lyogen	0,4 %		
Melleril	1,7 %		
Depot-Neuroleptika		8,9%	
Fluanxol	2,5 %		
Dapotum d	5,1 %		
Imap	1,3 %		
Tranquilizer			5,9 %
Trecalmo	0,4 %		
Tavor	3,4 %		
Valium	1,7 %		
Bellergal	0,4 %		
Antidepressiva			6,3 %
Laroxyl	0,4 %		
Saroten	3,0 %		
Anafranil	1,7 %		
Noveril	0,4 %		
Limbatriel	0,4 %		
Tolvin	0,4 %		
Antiparkinson-Mittel			13,6 %
Akineton	13,6 %		

Korrelationen bestehen mit

- Diagnose ($p \leq 0.05$),
- Distanz zum letzten Aufenthalt ($p \leq 0.10$),
- Dauer des Schubes ($p \leq 0.001$),
- Dauer des Aufenthaltes ($p \leq 0.001$)

(Kontingenz-Koeffizient 0,46 bis 0,5) (Tabellen 111, 127, 129 im Anhang).

Die Patientinnengruppe, die nur wenige Medikamente benötigt, hat meist kurze Verweildauern und kurze psychotische Schübe, jedoch kommen auch mittlere Dauern vor. Zu dieser Gruppe

gehören viele paranoid-halluzinatorische, hebephrene und simplex-Patientinnen. Die Gruppe mit hoher Medikamentenanzahl hingegen hat meist lange Verweildauern und Schübe und die Distanzen zu den einzelnen Aufenthalten sind oft nur kurz. In diese Gruppe gehören viele schizoaffektive und coenästhetische Patientinnen. Die Schwierigkeit der medikamentösen Einstellung ist neben der Anzahl der verordneten Medikamente auch an Kombinationen und Wechsel der Medikamente abzulesen. Eine Monotherapie brachte bei 15% der Patientinnen einen ausreichenden Erfolg, bei 52% wurde eine Kombination angewandt (2 und mehr Medikamente) und bei 33% wurde ein Wechsel der Medikamente vorgenommen (Tabelle 21).

Korrelationen bestehen mit

- Diagnose ($p \leq 0.05$),
- Anzahl der belastenden Faktoren in der Genese ($p \leq 0.10$),
- Zwischenmedikation ($p \leq 0.10$),
- Dauer des Schubes ($p \leq 0.001$),
- Dauer des Aufenthaltes ($p \leq 0.001$).

(Kontingenz-Koeffizient 0,5 bis 0,53) (Tabellen 112, 128, 130 im Anhang).

Patientinnen, die mit Monotherapie behandelt werden konnten, hatten kurze Schubdauern und Aufenthaltsdauern. Selten gab es Zwischenmedikation vor der Aufnahme, was auf eine kurze Krankheitsverlaufsdauer und gute Rehabilitation bereits bei eventuell vorher stattgehabten Schüben hinweist. Paranoid-halluzinatorische und simplex-Patientinnen gehören in diese Gruppe. Eine Kombinationstherapie wird überwiegend bei Hebephrenen und chronisch Schizophrenen angewandt. Ein Wechsel der Therapie wurde bei langen Aufenthalts- und Schubdauern nötig, meist bei der schizoaffektiven Psychose aber auch bei der coenästhetischen, katatonen, paranoid-halluzinatorischen und Pfropfschizophrenie.

Insgesamt wurden 5 Psychopharmaka-Gruppen verwandt (Tabelle 22): Neuroleptika (73,9%, davon 8,9% Depot-Präparate), Tranquillizer (5,9%), Antidepressiva (6,3%) und Antiparkinsonmittel (13,6%). Die einzelnen Häufigkeiten der Medikamente

sind aus der Tabelle zu entnehmen. Insgesamt ist eine große Liste an Medikamenten entstanden, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, daß sich bei jeder Diagnose-Gruppe spezielle Medikamente als besonders wirksam erwiesen haben, und daß auch manchmal Medikamente, auf die Patientinnen außerhalb eingestellt wurden, übernommen und nur in der Dosis verändert wurden. Auch sind in der Liste noch Medikamente enthalten, die zur Behandlung von Begleitsymptomen aus dem phobischen und depressiven Bereich angewendet wurden.

Über die Bedeutsamkeit der Medikation nach der Entlassung bzw. vor dem neuerlichen Schub gibt die Variable Zwischenmedikation Aufschluß:

38% der Patientinnen nahmen regelmäßig Medikamente, 26% keine und 36% nur unregelmäßig. D.h. etwa 3/4 der Patientinnen sind auf eine Medikamenteneinnahme nach Entlassung angewiesen und bei 2/5 kam es trotz regelmäßiger Medikation erneut zu einem Schub (Tabelle 23).

Zwischenmedikation korreliert mit

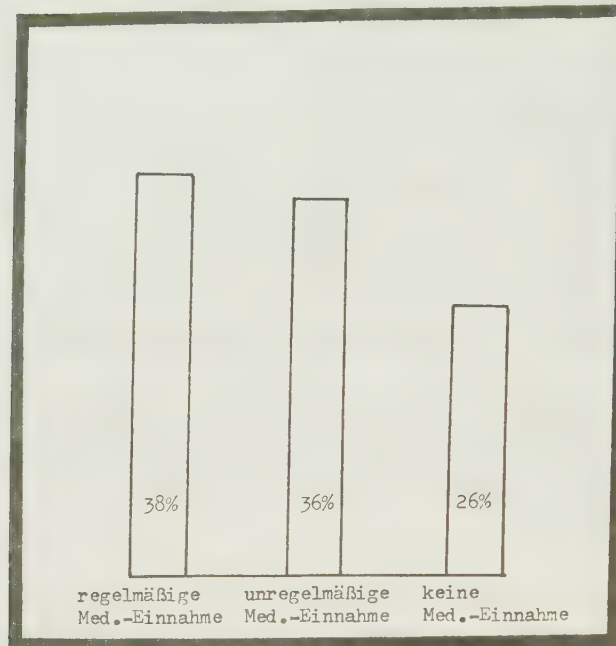
- Diagnose ($p \leq 0.01$),
- Beruf ($p \leq 0.05$),
- privatem Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.05$),
- beruflichem Umfeld nach der Entlassung ($p \leq 0.05$),
- Vergleich beider Umfelder ($p \leq 0.05$) und
- tendenzieller Medikamenten-Kombination ($p \leq 0.10$).

(Kontingenz-Koeffizient 0,36 bis 0,53) (Tabellen 108, 118 bis 121 im Anhang).

Die Tendenz zur unregelmäßigen oder nicht durchgeführten Zwischenmedikation zwischen den Aufenthalten wächst mit dem Antriebsüberschuß der einzelnen Diagnose-Untergruppen: Während chronische, coenästhetische und Pfropfschizophrene eher regelmäßig Medikamente nehmen, nehmen paranoid-halluzinatorische, katatone und schizoaffektive Patientinnen sie nur unregelmäßig oder gar nicht. Mit zunehmender Chronifizierung gleichen sich die Untergruppen wieder an und die Compliance nimmt zu. Mit Monotherapien bei der stationären Behandlung kamen meist nur Patientinnen aus, die

Tabelle 23

Medikation zwischen den stationären Aufenthalten



vorher keine Zwischenmedikation erhalten hatten, also zu-
meist Erstschübe oder blande Verläufe.

2.4.4 Alter, Schichtzugehörigkeit, Stellung im sozialen Umfeld, Einstellung zur Therapie und psychische Krankheit der Angehörigen

Das Alter der Angehörigen schwankte zwischen 20 und 70 Jahren. Zwei Gipfel lagen um das 30. und 60. Lebensjahr. In den ersten Altersgipfel fallen bei den jüngeren Patientinnen die Ehepartner, Freunde und Geschwister, bei den älteren Patientinnen deren Kinder und Pflegepersonen. In den zweiten Altersgipfel fallen die Ehepartner, Freunde und Geschwister der älteren Patientinnen und von den jüngeren Patientinnen deren Elternteile oder ältere Angehörige. 21% der Angehörigen gehören oberen Schichten, 44% mittleren Schichten und 35% unteren Schichten an. Dies entspricht der Schichtverteilung der Patientinnen (Tabelle 24).

Der überwiegende Teil der Beziehungspersonen der Patientinnen waren nahe Angehörige (78%), davon Ehemann 27%,

Tabelle 24

Schichtzugehörigkeit des Angehörigen

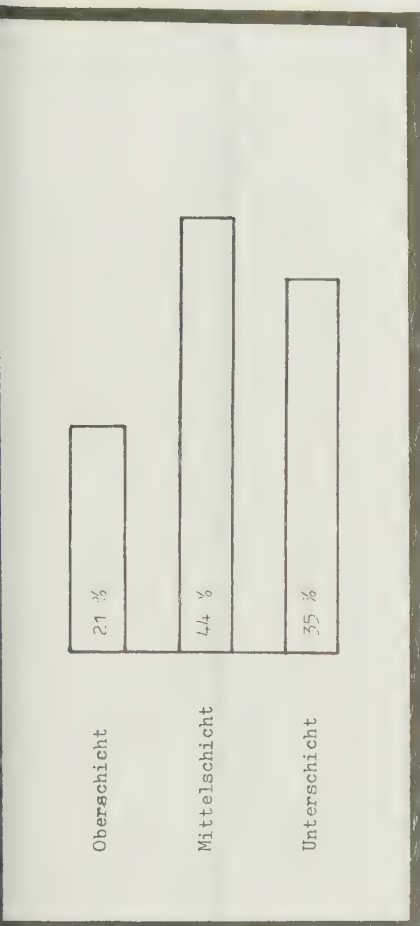


Tabelle 25

Einstellung zur Therapie des Angehörigen

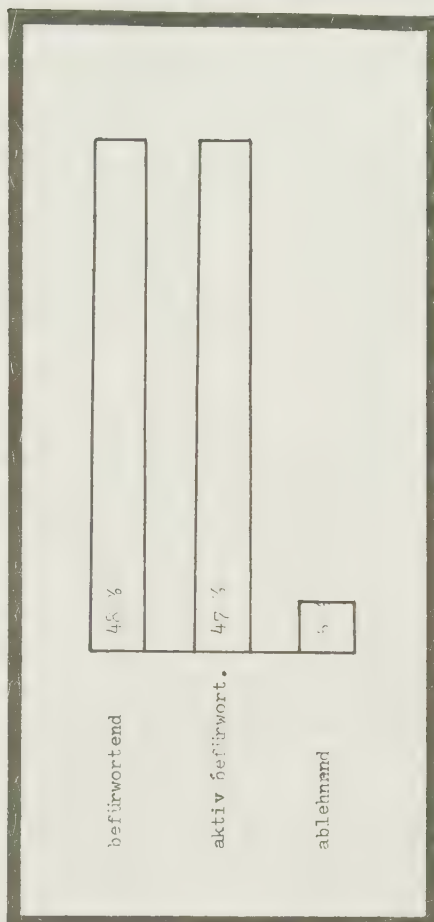
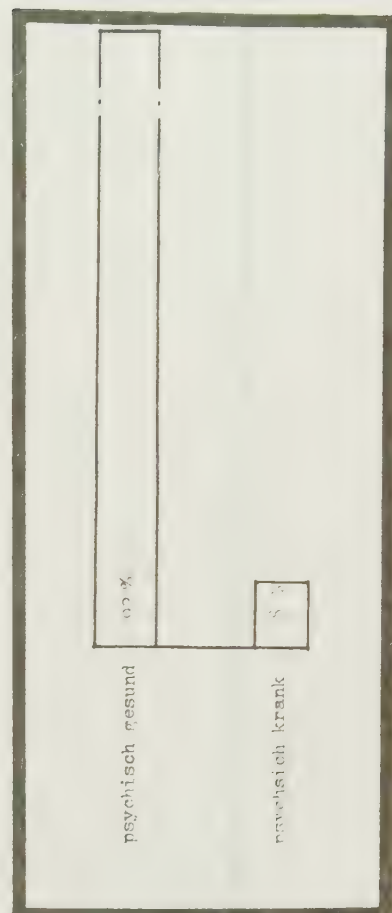


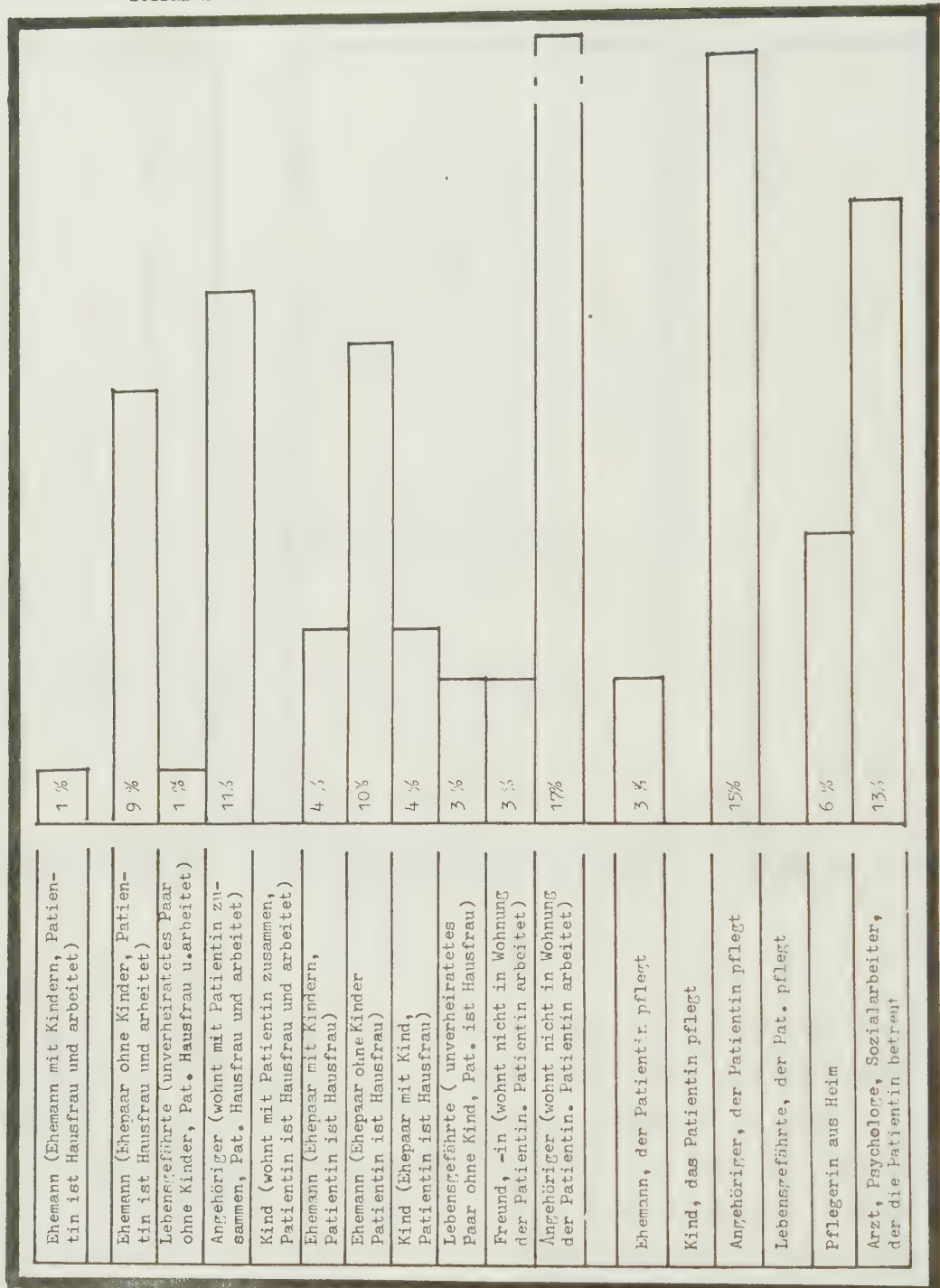
Tabelle 26

psychische Krankheit des Angehörigen



Kinder 4%, sonstige Angehörige 47%, Lebenspartner 1%. Der Rest bestand aus 3% Freunden, 19% Pflegepersonen (Tabelle 27). Generell zeichnet sich der Trend ab, daß die Ehemänner weniger als wichtigste Beziehungsperson genannt wurden (27% statt möglicher 41%) zu Gunsten sonstiger Angehöriger. Grund dafür mögen zur Zeit der Therapie angefachte Konflikte mit dem Ehepartner gewesen sein. Befürwortend gegenüber der Therapie waren 47% der Angehörigen eingestellt, 48% hatten sogar aktiv die Aufnahme in die Wege geleitet. 4% waren der Therapie gegenüber negativ eingestellt (Tabelle 25). Bemerkenswert war, daß 8% der Angehörigen einen Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station angaben. Ein

Tabelle 27
Stellung des Angehörigen im
sozialen Umfeld des Patienten



weiterer hier nicht erfaßter Teil befand sich weiter in psychiatrischer Behandlung. Schizophrenien, Depressionen und Alkoholismus wurden genannt. Daneben imponierten Charakterneurosen (Tabelle 26).

2.4.5

Zusammenfassung der Sozial- und Krankheitsdaten

Bei der stationären Behandlung mußte bei den antriebsgesteigerten Gruppen - vor allem bei hebephrenen und paranoid-halluzinatorischen Patientinnen - Isolierung vorgenommen werden. Offensichtlich wirken sich die aggressiven Durchbrüche dieser Patientinnen verkürzend auf die Schubdauer aus. Mangelnde Krankheitseinsicht in Verbindung mit erhöhter Selbst- und Fremdgefährdung, die zur richterlichen Unterbringungsmaßnahme führt, betraf vor allem die Untergruppe Katatonie.

Was die medikamentöse Behandlung anging, zeigte sich, daß bei den paranoid-halluzinatorischen, den hebephrenen und der simplex-Gruppe viele Patientinnen mit günstigen Verläufen vertreten waren, so daß hier mit wenigen Medikamenten therapiert werden konnte. Eine größere Anzahl an Medikamenten mußte bei der Gruppe mit langer Behandlungsdauer und kurz aufeinander folgenden Wiederaufnahmen angewendet werden, zu denen schizoaffektive und coenästhetische Patientinnen zählten. Monotherapien konnten bei der paranoid-halluzinatorischen und der simplex-Form angewendet werden. Kombinationstherapie wurde häufig bei Hebephrenie und chronischer Schizophrenie verwandt. Schwierige medikamentöse Einstellungen gab es vor allem bei Patientinnen aus den Gruppen der coenästhetischen, katatonen, paranoid-halluzinatorischen und Pfropfschizophrenie.

Bei Entlassung war der überwiegende Teil der Patienten auf weitere Medikamenteneinnahme angewiesen, die jedoch auch bei regelmäßiger Anwendung bei Pfropfschizophrenie, coenästhetischer und chronischer Schizophrenie einen erneuten Schub nicht verhindern konnten. Mit zunehmendem Antriebsüberschuß - wie bei paranoid-halluzinatorischen, katatonen, schizoaffektiven Patientinnen - nahm die Compliance ab. Bei einem kleinen Teil der Patientinnen fand sich vor Ausbruch des psychotischen Schubes eine übermäßige Belastung durch Haushalt, Familie und Berufstätigkeit. Während erwartungsgemäß

der überwiegende Teil der älteren Jahrgänge in pflegenden sozialen Verhältnissen war, befand sich doch jeweils bereits ein Drittel der beiden jüngeren Jahrgänge ebenfalls in Pflege.

Die Untersuchung der Kindheit der Patienten ergab, daß oft eine große Geschwisterzahl vorlag, viele jüngstes Kind in der Geschwisterreihe waren und sehr oft unter überwiegend gleichgeschlechtlichen Geschwistern aufgewachsen waren. Bei den Korrelationsuntersuchungen ergab sich zudem ein Zusammenhang von unausgewogener, gleichgeschlechtlich überproportionaler Geschwisterzahl und später zunehmend schweren Verläufen mit langen Schüben und langen stationären Aufenthalten. Häufig wurden auch frühe Verluste eines Elternteils angegeben. Oft lebten psychisch kranke Familienangehörige bei den Patientinnen. Während bei einigen Patientinnen eine Vielzahl von belastenden Faktoren ermittelt werden konnte, war bei einigen anderen nur ein Faktor zu ermitteln.

Betrachtet man die Diagnose-Gruppen zusammenfassend, so war für die paranoid-halluzinatorische Schizophrenie eine geringe Zahl an Isolierungen bemerkenswert und bei einem Teil dieser Patientinnen ein guter Erfolg mit Monotherapie. Bei hebephrenen Patientinnen wurden dagegen öfter Isolierungen notwendig und überwiegend Kombinationstherapien angewandt. Bei Katatonien werden häufig Unterbringungsverfahren durchgeführt, jedoch sind selten Isolierungen erforderlich. Die coenästhetischen und schizoaffektiven Gruppen waren medikamentös häufig schwierig einzustellen. Bei den chronischen Patientinnen genügte meist eine Steigerung der Medikation, um einen Schub zu behandeln.

2.5 Ergebnisse =====

Im ersten Teil der Untersuchungsergebnisse werden die Effekte der Selbst- und Fremdbildinstruktion auf die Affektskalen untersucht. Zunächst werden die Selbstbilder der Patientinnen, die zu drei Zeitpunkten, bei Aufnahme, nach dem Schub und bei Entlassung erhoben wurden, auf Affektänderungen unter-

sucht. Dann werden die Selbstbilder der Patientinnen aller drei Zeitpunkte mit den Fremdbildern der Patientinnen, die diese über die Angehörigen abgeben, verglichen. Als Nächstes werden die Selbstbilder aller Erhebungszeitpunkte mit dem Fremdbild der Angehörigen, das diese über die Patientin haben, in Beziehung gesetzt. Auch die Fremdbilder der Patientinnen und die Fremdbilder der Angehörigen werden verglichen. Schließlich werden Gemeinsamkeiten der Selbst- und Fremdbilder beschrieben. Im zweiten Ergebnisteil werden Effekte der Selbst- und Fremdbilder auf die Affektskalen untersucht, die auf Einflüsse der Sozialvariablen zurückzuführen sind.

2.5.1 Effekte der Selbstbild- und Fremdbildinstruktion auf die Affektskalen

2.5.1.1 Vergleich der Selbstbilder

Die auffälligsten Veränderungen ängstlicher und aggressiver Affekte in den Selbstbildern während der stationären Behandlung stellen sich beim Vergleich vom ersten und dritten Selbstbild dar. Alle Unterschiede weisen in dieselbe Richtung und bedeuten eine generelle Abnahme ängstlicher und aggressiver Affekte (Tabelle 28).

- Gesamtangst ($p \leq 0.05$),
- Schuldangst ($p \leq 0.05$) und
- Todesangst ($p \leq 0.01$)

klingen deutlich ab. Speziell die nach außen gerichtete

- verdeckte Aggression ($p \leq 0.01$)

tritt sehr deutlich zurück. Dabei nimmt die Aggressionszuschreibung für "andere Täter" ab. Die Heranziehung des zweiten Selbstbildes weist eine successive Abnahme der

- Todesangst über alle drei Meßpunkte aus ($p \leq 0.01$ und ≤ 0.05).

Die Befunde lassen sich so interpretieren, daß in der Psychose Patienten mehr als postpsychotisch aggressive und ängstliche Affekte erleben. Dabei kommt es auf den Aggressionsskalen zu einer Verringerung der nach außen gerichteten verdeckten Aggression. Bei den Angstskalen nimmt Schuld- und Todesangst

Tabelle 28: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten.

	Selbst- zu Selbstbild			Selbst- zu Selbstbild		
	S 1 / S 2		p	S 1 / S 3		p
	M	M		M	M	
1) nach auß.ger.Aggr.(offen)						
2) nach auß.ger.Aggr.(verd.)			+++ ←	0,65	0,48	
3) nach innen ger.Aggr.						
4) ambivalente Aggr.						
5) Todesangst	++ ←	0,76 0,59	++++ ←	0,76	0,48	
6) Verletzungsangst						
7) Trennungsangst						
8) Schuldangst			++ ←	0,75	0,55	
9) Schamangst						
10) diffuse Angst						
11) Gesamtangst			++ ←	2,06	1,75	
12) andere Opfer						
13) selbst Opfer						
14) selbst Täter						
15) andere Täter			++ ←	1,37	1,11	
16) Gesamtaggr.						
17) Gesamtaffekt						
18) Wortzahl						

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme
S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub
S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung
F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt
F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Signifikanzniveau
+ p < .10
++ p < .05
+++ p < .01
++++ p < .001

Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.

ab. Allerdings bleibt noch offen, ob die nach außen gerichtete verdeckte Aggression von einem psychotisch erhöhten Niveau sich normalisiert, oder aber ob sich diese Stichprobe durch eine in psychosefreien Zuständen erniedrigte nach außen gerichtete verdeckte Aggression auszeichnet. Die nächsten Abschnitte werden dies klären. Es bleibt festzuhalten, daß die Patientinnen am Ende der Therapie weniger aggressive Affekte erleben, weniger Schuldangst erleben, was vielleicht als Abnahme projektiver Mechanismen mit der anderen Personen unterstellten Täterschaft deutlich wird. Wie bedrohlich am Beginn des Schubes die aggressiven Affekte vom Patienten erlebt werden, zeigen die anfänglich hohen Todesangst-Scores.

2.5.1.2 Vergleich der Selbstbilder mit dem Fremdbild des Patienten

In diesem Untersuchungsteil werden Vergleiche zwischen den Selbstbildern der Patienten und dem Fremdbild der Patienten über die Angehörigen angestellt. Bei dieser Fremdbildinstruktion berichten die Patienten über die Angehörigen. Den Selbst- und Fremdbildern liegen hier also Sprachproben von jeweils derselben Person - dem Patienten - einmal über sich und einmal über seinen Angehörigen zugrunde. Der Vergleich des dritten Selbstbildes mit dem Fremdbild ergibt die deutlichsten Befunde (letzte Spalte in Tabelle 29). Es ist bemerkenswert, daß bis auf die Wortzahl die Variablen im Fremdbild höher kodieren.

- Gesamtaffektwert ($p \leq 0.05$),
- Gesamtaggression ($p \leq 0.001$),
- nach außen gerichtete, verdeckte Aggression ($p \leq 0.01$),
- nach außen gerichtete, offene Aggression ($p \leq 0.01$)

kommen im Fremdbild des Patienten deutlicher zum Tragen. Die Täterschaft wird mit

- "andere Täter" ($p \leq 0.01$) und
- "andere Opfer" ($p \leq 0.001$)

im Fremdbild häufiger beschrieben. Die Hinzunahme der anderen Selbstbilder im Vergleich mit dem Fremdbild verdeutlichen eine

- Abnahme der Todesangst ($p \leq 0.01$) von Selbstbild 1 zu Selbstbild 2.
- Trennungsangst ($p \leq 0.01$) nimmt hingegen im Vergleich zum Fremdbild von Selbstbild 1 zu Selbstbild 2 zu.

Tabelle 29: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der Patienten und der Fremdbilder der Patienten.

	Selbst- zu Fremdbild			Selbst- zu Fremdbild			Selbst- zu Fremdbild		
	S 1 / F P		p	S 2 / F P		p	S 3 / F P		p
	M	M		M	M		M	M	
1) nach auß. ger. Aggr. (offen.)	+	→					++	→	
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)				+++	→		+++	→	
3) nach innen ger. Aggr.				+	←				
4) ambivalente Aggr.							+	→	
5) Todesangst	+++	←							
6) Verletzungsangst									
7) Trennungsangst	+	→							
8) Schuldangst							+++	→	
9) Schamangst									
10) diffuse Angst									
11) Gesamtangst									
12) andere Opfer	++	→					++++	→	
13) selbst Opfer				++	←				
14) selbst Täter									
15) andere Täter							+++	→	
16) Gesamtangst.							+++	→	
17) Gesamtaffekt							++	→	
18) Wortzahl	++	←					+	←	

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme

S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub

S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung

F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt

F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Signifikanzniveau

+ p ≤ .10

++ p ≤ .05

+++ p ≤ .01

++++ p ≤ .001

Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.

Bei den aggressiven Affekten stellen sich deutlich höhere Affektwerte der

- nach außen gerichteten, verdeckten Aggression ($p \leq 0.01$) erst im Selbstbild 2 im Vergleich zum Fremdbild dar. Zugleich nimmt tendenziell die
- nach innen gerichtete Aggression ($p \leq 0.10$) im Selbstbild 2 ab. Die Richtung der
- Aggression mit "andere Opfer" kommt kontinuierlich deutlicher im Fremdbild zum Tragen ($p \leq 0.05$, ≤ 0.01 , ≤ 0.001).
- "Selbst Opfer" wird beim zweiten Interview im Selbstbild höher kodiert.

Die Wortzahl ist stets im Selbstbild höher.

Zur Interpretation der Befunde ist zu sagen: Die generell höheren Werte der ängstlichen und aggressiven Affekte im Fremdbild der Patientinnen lassen auf eine Enthemmung durch die Instruktion zum Fremdbild schließen. Offenbar ist es für die Patientinnen leichter, Affekte in Distanz zur eigenen Person zu artikulieren: dies trifft für die Aggressionswerte in hohem Maß zu, besonders für die nach außen gerichtete, verdeckte Aggression. Zugleich wird dabei im Fremdbild eher Angst vor Schuld geäußert. Im psychotischen Schub tritt Todesangst mehr im Selbstbild als im Fremdbild der Patientinnen auf: Offenbar ist die Bedrohlichkeit der psychotischen Erlebnisse für die Patienten so groß, daß sie sich nicht mehr in dem Ausmaß per Projektionsmechanismus von den Todesängsten distanzieren können, wie sie es postpsychotisch können. Die höheren Affektwerte können neben einem Enthemmungseffekt auch auf die reale Persönlichkeit des Angehörigen zurückzuführen sein, als dem Träger des Fremdbildes. Insofern kann hier tatsächlich etwas Typisches des Angehörigen und nicht des Patienten erfaßt sein.

2.5.1.3 Vergleich der Selbstbilder der Patienten mit dem Fremdbild des Angehörigen über den Patienten

Während im vorigen Abschnitt das Selbstbild der Patienten mit dem Fremdbild der Patienten verglichen wurde, wird nun das Fremdbild der Angehörigen über den Patienten mit den Selbstbildern des Patienten in Beziehung gesetzt. Bei diesem

Fremdbild berichtet der Angehörige über den Patienten. Es wurden nun also die Sprachproben untersucht, die beim Patienten und beim Angehörigen erhoben wurden, die aber beide den Patienten beschreiben.

Es ergeben sich durchweg hoch signifikante Unterschiede zwischen den Selbstbildern und dem Fremdbild des Angehörigen über den Patienten (Tabelle 30).

Betrachtet man zunächst den Vergleich von Selbstbild 3 mit dem Fremdbild des Angehörigen (letzte Spalte in Tabelle 30), so zeigt sich, daß die

- von außen auf den Patienten gerichtete "ambivalente" Aggression ($p \leq 0.001$) und die
- "nach innen gerichtete" Aggression ($p \leq 0.001$)

im Selbstbild des Patienten deutlich größer ist als im Fremdbild des Angehörigen. Dagegen kommt die

- "nach außen gerichtete verdeckte" Aggression im Selbstbild des Patienten weniger zum Tragen als im Fremdbild des Angehörigen ($p \leq 0.001$).
- Die Täter-Opfer-Zuschreibung weist im Fremdbild des Angehörigen in hohem Maß "andere Opfer" und "andere Täter" und im Selbstbild "selbst Opfer" und "selbst Täter" auf (jeweils $p \leq 0.001$).
- Angst vor Scham wird im Selbstbild des Patienten häufiger geäußert ($p \leq 0.01$).
- Die Wortzahl ist im Fremdbild des Angehörigen deutlich größer ($p \leq 0.01$).

Die Hinzunahme der Selbstbilder (S1 und S2) im Vergleich zum Fremdbild des Angehörigen bringt durchweg eine Bestätigung der Befunde: Jeweils ergeben sich sehr hohe Signifikanzen. Darüberhinaus ist der

- Gesamtaffekt im Selbstbild 1 ($p \leq 0.01$)
- und im Selbstbild 2 ($p \leq 0.05$) deutlich höher als im Fremdbild,
- desgleichen Gesamtangst ($p \leq 0.001$ und ≤ 0.01).
- Todesangst zeigt einen deutlich erhöhten Wert im Selbstbild des ersten Interviews im Vergleich zum Fremdbild des Angehörigen ($p \leq 0.01$).

Um die Befunde besser interpretieren zu können, möchte ich zunächst auf die Bedeutung der Skala "nach außen gerichtete, verdeckte Aggression" in der Selbst- und Fremdbildinstruktion eingehen. "Nach außen gerichtete, verdeckte Aggression" erfaßt aggressive Impulse zwischen Objekten in der Außenwelt,

Tabelle 30: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der Patienten und der Fremdbilder der Angehörigen.

	Selbst- zu Fremdbild			Selbst- zu Fremdbild			Selbst- zu Fremdbild		
	p	S 1 / F A		p	S 2 / F A		p	S 3 / F A	
		M	M		M	M		M	M
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)									
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)	+++ →	0,62	1,34	+++ →	0,59	1,34	+++ →	0,48	1,34
3) nach innen ger. Aggr.	+++ ←	1,01	0,47	+++ ←	1,03	0,47	+++ ←	1,05	0,4
4) ambivalente Aggr.	+++ ←	1,20	0,77	+++ ←	1,28	0,77	+++ ←	1,20	0,77
5) Todesangst	+++ ←	0,77	0,58						
6) Verletzungsangst									
7) Trennungsangst									
8) Schuldangst									
9) Schamangst	+++ ←	1,18	0,72	+++ ←	1,09	0,72	+++ ←	0,95	0,72
10) diffuse Angst									
11) Gesamtangst	+++ ←	2,16	1,72	+++ ←	2,00	1,72			
12) andere Opfer	+++ →	1,12	1,72	+++ →	1,19	1,72	+++ →	1,14	1,72
13) selbst Opfer	+++ ←	0,61	0,85	+++ ←	1,71	0,85	+++ ←	1,50	0,85
14) selbst Täter	+++ ←	1,46	1,01	+++ ←	1,52	1,01	+++ ←	1,51	1,01
15) andere Täter	++ →	1,34	1,60	+ →	1,39	1,60	+++ →	1,11	1,60
16) Gesamtaggr.									
17) Gesamteffekt	+++ ←	3,00	2,63	++ ←	2,93	2,63			
18) Wortzahl	+++ →	457	554	+++ →	439	557	+++ →	470	557

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme

S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub

S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung

F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt

F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Signifikanzniveau

+ p < .10

++ p < .05

+++ p < .01

++++ p < .001

Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.

d.h. in der Selbstbildinstruktion werden aggressive Impulse erfaßt, ohne daß der Sprecher in der von ihm geschilderten Aktion Ziel oder Akteur der Aggression ist. In der Fremdbildinstruktion ergibt sich nun insofern ein Unterschied, als der Sprecher nun ein Objekt in der Außenwelt des Trägers des Fremdbildes darstellt und somit zum Akteur oder Ziel einer aggressiven Handlung werden kann. Die hohen Werte der "nach außen gerichteten, verdeckten Aggression" im Fremdbild des Angehörigen über den Patienten bedeuten also, daß sich die Angehörigen in hohem Maße aggressiven Impulsen des Patienten ausgesetzt fühlen, bzw. auch aggressive Impulse ihm gegenüber zeigen.

Beim Vergleich der Angst- und Aggressionswerte in den beiden Instruktionen wird nun deutlich, welche schwerwiegenden Unterschiede in der Einschätzung der ängstlichen und aggressiven Affekte des Patienten zwischen Angehörigen und zugehörigem Patienten bestehen: Die Angehörigen können nur wenig die von dem Patienten als von außen auf sich gerichtete Aggression nachvollziehen und unterschätzen in hohem Maße die Autoaggression des Patienten.

2.5.1.4 Vergleich der Fremdbilder von Patienten und Angehörigen

Im Vergleich der Fremdbilder von Patienten und Angehörigen weisen fast alle Variablen im Fremdbild der Patienten einen hohen Wert auf (Tabelle 31).

- Gesamtaffekt ($p \leq 0.01$),
- Gesamtaggression ($p \leq 0.01$)
- mit nach außen gerichteter Aggression ($p \leq 0.01$),
- ambivalenter Aggression ($p \leq 0.01$) und
- nach außen gerichteter, offener Aggression ($p \leq 0.05$).
- Dabei kommen "Selbst Opfer" und "Selbst Täter" im Fremdbild der Patienten deutlicher zum Ausdruck (jeweils $p \leq 0.001$).
- Auch Gesamtangst ($p \leq 0.05$),
- Schamangst ($p \leq 0.001$) und
- Trennungsangst ($p \leq 0.05$) kodieren höher im Patienten-Fremdbild.
- Dagegen ist die nach außen gerichtete, verdeckte Aggression im Fremdbild der Angehörigen deutlicher ausgeprägt ($p \leq 0.01$)
- ebenso die Wortzahl ($p \leq 0.001$).

Tabelle 31: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Fremdbilder der Patienten und der Fremdbilder der Angehörigen.

	Fremd- zu Fremdbild		
	F A / F P		
	p	M	M
1) nach auß.ger.Aggr.(offen)	++ —————>	0,98	1,24
2) nach auß.ger.Aggr.(verd.)	+++ <————	1,23	0,89
3) nach innen ger.Aggr.	++++ —————>	4,02	0,84
4) ambivalente Aggr.	+++ —————>	0,81	1,24
5) Todesangst	++ —————>	0,47	0,61
6) Verletzungsangst			
7) Trennungsangst	++ —————>	0,66	0,93
8) Schuldangst			
9) Schamangst	++++ —————>	0,68	1,00
10) diffuse Angst			
11) Gesamtangst	++ —————>	1,59	1,92
12) andere Opfer			
13) selbst Opfer	++++ —————>	0,87	0,64
14) selbst Täter	++++ —————>	1,02	1,50
15) andere Täter			
16) Gesamtaggr.	+++ —————>	1,91	2,20
17) Gesamtaffekt	+++ —————>	2,50	2,94
18) Wortzahl	++++ <————	579	378

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme
S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub
S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung
F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt
F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Signifikanzniveau
+ p < .10
++ p < .05
+++ p < .01
++++ p < .001

Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.

Dies bedeutet, daß ängstliche und aggressive Affekte demnach deutlicher im Patienten-Fremdbild zum Tragen kommen. Offenbar nimmt der Patient beim Angehörigen ein größeres Ausmaß an Affekten wahr, als dies der Angehörige beim Patienten wahrnimmt. Hier können Interpretationen nur vorsichtig angestellt werden: Geht man von der Beurteilung der Realperson aus, auf die das Fremdbild projiziert wird, so erlebt der Patient den Angehörigen noch beängstigender und bedrohlicher, als der Angehörige den Patienten. Betrachtet man nicht die Realperson, sondern den Interviewten, der das Fremdbild abgibt, so ist möglicherweise eine Affektzunahme durch die modifizierte Standardinstruktion zum Fremdbild (siehe Punkt 2 oben) im Sinne einer Enthemmung aufgetreten und somit hat das Fremdbild des Patienten höhere Affekt-Scores als das des Angehörigen, weil der Patient selbst höhere Affekt-Scores hat, die in sein Urteil mit eingehen. (Ein Selbstbild des Angehörigen stand allerdings zum Vergleich bei dieser Untersuchung nicht zur Verfügung).

2.5.1.5 Effekte der Selbst- und Fremdbilder auf die einzelnen Skalen

Die bisherigen Abschnitte beinhalten einen Vergleich der Selbst- und Fremdbilder und es wurde auf die Unterschiede abgehoben. Nun sollen Gemeinsamkeiten zwischen den unterschiedlichen Selbst- und Fremdbildern ins Auge gefaßt werden. Dabei bietet es sich an, die einzelnen Skalen auf Effekte über alle erhobenen Bilder zu betrachten. Dabei werden bei den einzelnen Affektskalen Effekte auf Gesamtaffekt, Gesamtangst, Gesamtaggression sowie den vier Aggressionsarten, Todesangst, Schuldangst, Schamangst sowie den vier Täter-Opfer-Skalen deutlich (Tabelle 32). Bei diesen Skalen ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte: es zeigt sich jeweils eine deutliche Abnahme der Affekte im Selbstbild im Verlauf, eine Zunahme bei der Fremdbildinstruktion im Gegensatz zur Selbstbildinstruktion sowie eine deutlichere Ausprägung im Fremdbild der Patienten als im Fremdbild der Angehörigen.

Tabelle 32: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der Patienten, der Fremdbilder der Patienten und der Fremdbilder der Angehörigen.

	Selbst- zu Selbstbild		Selbstbild des Pat.zu Fremdbild des Patienten				Selbstbild des Pat. zu Fremdbild des Angehörigen			Fremd- zu Fremdbild
	S 1/S 2	S 1/S 3	S 1/F P	S 2/F P	S 3/F P		S 1/F A	S 2/F A	S 3/F A	F A/F P
1) nach auß.ger.Aggr.(offen)			+ —→		++ —→					++ —→
2) nach auß.ger.Aggr.(verd.)		+++ ←		+++ —→	++++ —→		++++ —→	++++ —→	++++ —→	+++ ←
3) nach innen ger.Aggr.				+ ←			++++ ←	++++ ←	++++ ←	++++ —→
4) ambivalente Aggr.					+ —→		++++ ←	++++ ←	++++ ←	+++ —→
5) Todesangst	++ ←	++++ ←	+++ ←				+++ ←			++ —→
6) Verletzungsangst										
7) Trennungsangst			+ —→							++ —→
8) Schuldangst		++ ←			+++ —→					
9) Schamangst							++++ ←	++++ ←	++++ ←	++++ —→
10) diffuse Angst										
11) Gesamtangst		++ ←					++++ ←	+++ ←		++ —→
12) andere Opfer			++ —→	+++ —→	++++ —→		++++ —→	++++ —→	++++ —→	
13) selbst Opfer				++ ←			++++ ←	++++ ←	++++ ←	++++ —→
14) selbst Täter							++++ ←	++++ ←	++++ ←	++++ —→
15) andere Täter		++ ←			++++ —→		++ —→	+ —→	++++ —→	
16) Gesamtaggr.										+++ —→
17) Gesamtaffekt					++ —→		+++ ←	++ ←		+++ —→
18) Wortzahl			++ ←	++ ←	+ ←		++++ —→	++++ —→	++++ —→	++++ ←

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme
S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub
S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung
F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt
F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Signifikanzniveau
+ p < .10
++ p < .05
+++ p < .01
++++ p < .001

Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.

Die Skala "nach außen gerichtete, verdeckte Aggression" erweist sich insofern im Vergleich der Selbst- und Fremdbilder von besonderer Bedeutung, als sie teilweise mit den anderen Affekten konform, teilweise aber auch gegenläufige Änderungen zeigt. So nimmt sie mit den anderen Affekten im Verlauf der Psychose im Selbstbild ab und tritt - wie die anderen Affekte - im Fremdbild der Patienten deutlicher hervor. Darüberhinaus ist sie aber im Gegensatz zu anderen Affekten im Fremdbild des Angehörigen mehr ausgeprägt als im Selbst- und Fremdbild des Patienten. Dies zu interpretieren, scheint auf zwei Arten möglich. Einmal könnte es sich um tatsächlich erniedrigte Scores bei der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression bei den postpsychotischen Schizophrenen im Gegensatz zu Gesunden handeln, andererseits könnte dies aber auch ein artifizieller Befund sein, aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit dieser Aggressionsart im Selbst- und Fremdbild (in der Selbstbildinstruktion ist der Sprecher nicht Objekt im Aggressionserleben, jedoch in der Fremdbildinstruktion). Aus diesem Grunde erscheint der Vergleich der schizophrenen Population mit einer Normalpopulation, also Vergleich zweier Selbstbilder, notwendig; erst so können Erwägungen über die Bedeutung des Abfallens der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression angestellt werden.

2.5.1.6 Vergleich der Affekt-Scores der schizophrenen Patienten mit einer Normalstichprobe und anderen klinischen Gruppen

Nach der Betrachtung der für die Schizophrenen-Gruppe typischen Konstellationen an Angst- und Aggressionswerten, erhebt sich die Frage nach deren Pathogenitätsgrad. Aus diesem Grunde wurde ein Vergleich mit einer Normalpopulation (Schöfer, Koch und Balck 1979) vorgenommen.

Es handelt sich dabei um eine Stichprobe von 355 Normalpersonen. Die Untersuchung der Geschlechtsvariablen bei Interviewer und Sprecher ergab spezielle Konstellationen für männliche Interviewer und weibliche Sprecher, bei nach innen gerichteter Aggression, Todesangst, Verletzungsangst, Trennungsangst, Schuldangst, Schamangst, diffuser Angst, Gesamtangst, Gesamtaffekt (für N=78) und bei 'selbst Täter' (N=177). Da es sich um eine

weibliche Gruppen von Schizophrenen handelte und stets das Interview von mir angefertigt wurde, blieb die Konstellation der Geschlechtsvariablen gleich, und es konnten obige Vergleichswerte herangezogen werden.

Tabelle 33 ergibt für die schizophrene Population im psychotischen Schub erhöhte Werte bei

- nach außen gerichteter, offener Aggression, nach innen gerichteter Aggression, ambivalenter Aggression, Gesamt-aggression sowie "selbst Opfer", "selbst Täter", "andere Täter" (jeweils $p \leq 0.001$) sowie
- erniedrigte Scores bei nach außen gerichteter Aggression ($p \leq 0.01$).
- Bei den Angstarten werden Schuldangst und Schamangst sowie Gesamtangst häufiger geäußert ($p \leq 0.001$),
- Verletzungsangst dagegen seltener ($p \leq 0.05$);
- Gesamtaffekt ist erhöht ($p \leq 0.01$).

Die Hinzunahme der Werte bei Entlassung (Selbstinstruktion 3 der Patienten) ergibt insgesamt nur mehr wenige signifikante Unterschiede: nämlich

- geringere, nach außen gerichtete, verdeckte Aggression ($p \leq 0.001$)
- und geringere Todesangst ($p \leq 0.05$).

Es läßt sich feststellen, daß Schizophrene im psychotischen Schub mehr aggressive und ängstliche Affekte als die Normalpopulation erleben. Dabei werden Aggressionen in vermehrtem Ausmaß mit der eigenen Person in Verbindung gebracht, nämlich sowohl von der eigenen Person ausgehend, als auch auf die eigene Person von außen gerichtet, aus auch als Autoaggression. Zugleich ist das Ausmaß der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression (als zwischen anderen Objekten in der Außenwelt ablaufenden Aggression d.h. ohne Eigenbeteiligung) niedriger; hier spiegelt sich paranoides, halluzinatorisches Erleben wider. Schuld- und Schamangst treten in diesem Zustand vermehrt auf und sind vermutlich auf peinliche Erlebnisse in der Psychose zurückzuführen. Möglicherweise ist die erniedrigte Verletzungsangst im Zusammenhang mit erhöhten Scores von Gesamt-aggression und Gesamtaffekt als Enthemmungseffekt in der Psychose zu werten. Nach Abklingen der Psychose (Tabelle 33) normalisieren sich die Affektwerte und unterscheiden sich nun kaum noch von der Normalpopulation. Hauptmerkmal schizophrener Patienten nach dem Schub bleibt eine

Tabelle 33: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der schizophrener Patientinnen im Schub (erstes Interview) und bei der Entlassung (drittes Interview) und den Selbstbildern einer Normalstichprobe

	Selbst- zu Selbstbild		Selbst- zu Selbstbild	
	Norm / S 1		Norm / S 3	
	y	i _u p	p	H
1) nach auß.fer.Aggr.(offen)	+++ →	.74 .96		
2) nach auß.fer.Aggr.(verd.)	+++ ←	.78 .60	+++ ←	.78 .48
3) nach innen fer.Aggr.	+++ →	.61 1.00		
4) ambivalente Aggr.	+++ →	.76 1.17		
5) Todesangst			++ ←	.67 .48
6) Verletzungsangst	++ ←	.58 .45		
7) Trennungsangst				
8) Schuldangst	+++ →	.48 .73		
9) Schamangst	+++ →	.70 1.16		
10) diffuse Angst				
11) Gesamtangst	+++ →	1.66 2.11		
12) andere Opfer				
13) selbst Opfer	+++ →	.93 1.57		
14) selbst Täter	+++ →	.91 1.45		
15) andere Täter	+++ →	1.08 1.31		
16) Gesamtangst	+++ →	1.44 2.01		
17) Gesamtaffekt	+++ →	2.18 2.94		
18) Wortzahl				

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme
S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub
S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung
F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt
F A Fremdbild des Angehörigen, das er über S abgibt

Signifikanzniveau
+ p ≤ .10
++ p ≤ .05
+++ p ≤ .01
++++ p < .001

Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.

erniedrigte, nach außen gerichtete, verdeckte Aggression. Hier bestätigen sich also die oben dargestellten Befunde: Schizophrene Patienten haben offenbar stets nur eine geringe Bereitschaft, Aggressionen zwischen anderen Objekten in der Außenwelt zu verbalisieren.

In Kapitel 1.5.2.8 wurde auch auf eine Untersuchung an Schizophrenen von Gottschalk (1970) hingewiesen, der höhere Werte auf der Skala der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression als gutes Vorhersagekriterium für weitgehende Stabilität von Schizophrenen nach einem Schub im Sinne einer besseren Realitätsanpassung sieht.

Die erniedrigten Werte an Todesangst nach dem Schub im Vergleich zur Normalpopulation könnten als Entlastungseffekt nach den bedrohlichen Erlebnissen in der psychotischen Phase bei den Schizophrenen interpretiert werden.

Außer einem Vergleich mit den Affekt-Scores einer Normalstichprobe wurden auch Affekt-Scores psychosomatischer und psychoneurotischer Patienten herangezogen. Dabei standen die Untersuchungen von Koch (1978) an Patientenpaaren mit sexuellen Funktionsstörungen zur Verfügung, an Psychosomatik- und Neurose-Gruppen von v.Rad und Lolas (1982) sowie an einer gemischten Psychosomatik-Gruppe von Schöfer, Müller und Kerekjarto (1978). Die Affektwerte auf den Gottschalk-Gleser-Skalen wurden mit den Scores der Schizophrenen im Schub, also den Affektwerten der ersten Sprachprobe verglichen.

Koch und Schöfer (1978) untersuchten im Rahmen einer Verlaufs- und Effizienzuntersuchung einer ambulanten Paartherapie sexuelle Funktionsstörungen von 33 Ehepaaren, wobei es sich um Erektionsstörungen und Ejakulatio praecox bei den Männern und Orgasmusstörungen und Vaginismus bei den Frauen handelte. Bei den Symptomträgern und den Ehepartnern wurde nach modifizierter Standardinstruktion ein Bericht über sich selbst und ein Bericht über den Partner erhoben. Frauen brachten stärker ängstliche und aggressive Affekte zum Ausdruck als Männer. Die Untersuchung der Variable Symptomträger-Nicht-symptomträger erbrachte lediglich für diffuse Angst erhöhte Werte bei den Symptomträgern. Der Instruktionswechsel zum Fremdbild erbrachte eine Erhöhung der nach außen gerichteten

Aggressivität und Verringerung der gegen den Sprecher gerichteten Aggression sowie eine Angstminderung.

Auffälligstes Merkmal beim Vergleich der weiblichen Symptomträger und der schizophrenen Patientinnen im Schub war bei

- den Schizophrenen eine niedrige, nach außen gerichtete, verdeckte Aggression ($p \leq 0.05$);
- bei beiden Gruppen war die nach außen gerichtete, offene Aggression erhöht (Tabelle 34).

Die übrigen Skalen spiegeln die Ergebnisse wider, die beim Vergleich mit der Normalpopulation auftraten:

- erhöhte, nach innen gerichtete Aggression ($p \leq 0.01$),
- ambivalente Aggression ($p \leq 0.001$),
- Gesamtaggression ($p \leq 0.001$),
- Schamangst ($p \leq 0.05$),
- Gesamtangst ($p \leq 0.001$) und
- Gesamtaffekt ($p \leq 0.001$).

Zusätzlich tritt eine

- Erniedrigung der Todesangst bei den sexuell Gestörten auf ($p \leq 0.01$),

die bei diesen, aber auch beim Vergleich mit der Normalpopulation zu beobachten ist.

Schöfer, Müller und Kerekjarto (1979) untersuchten eine Gruppe von 81 psychosomatisch kranken Patienten und eine 21-Patientengroße-Kontrollgruppe einer chirurgischen Poliklinik. Die Psychosomatosen bestanden aus Asthma bronchiale, Neurodermitis und Urticaria. Die weibliche psychosomatische Untergruppe umfaßte 43 Patientinnen: Asthmatiker wiesen die auffälligsten Abweichungen auf mit

- erhöhter, nach innen gerichteter Aggressivität,
- ambivalenter Aggressivität und
- Erniedrigung der nach außen gerichteten Aggressivität.
- Todesangst und Verletzungsangst waren erniedrigt,
- Schamangst erhöht.

Neurodermitiker wichen durch

- Erniedrigung der Todesangst und Verletzungsangst

von der Normalstichprobe ab, urticarielle und chirurgische Patienten unterschieden sich nicht von der Normalbevölkerung. Die in der psychosomatischen Patientengruppe zusammengefaßten Diagnose-Gruppen zeigte kein von der Normalgruppe abweichende Affektmuster.

v.Rad und Lolas (1982) führten eine Untersuchung an 355 nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status parallelisierten neurotisch und psychosomatisch Erkrankten durch. Eine weitere Spezifizierung erbrachte eine 92 Patienten umfassende rein neurotische Patientengruppe und eine 56 Patienten große

Tabelle 34: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der schizophrenen Patientinnen im Schub (erstes Interview) und den Selbstbildern von Patientinnen mit sexuellen Funktionsstörungen

	Selbst- zu Selbstbild		
	Person / S 1		
	p	N	M
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)	+++ →	74	.96
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)	++ ←	78	.61
3) nach innen ger. Aggr.	+++ →	61	1.00
4) ambivalente Aggr.	+++ →	76	1.18
5) Todesangst	+++ →	49	.77
6) Verletzungsangst			
7) Trennungsangst			
8) Schuldangst	+++ →	48	.73
9) Schamangst	+++ →	81	1.17
10) diffuse Angst			
11) Gesamtangst			
12) andere Opfer			
13) selbst Opfer	+++ →	93	1.56
14) selbst Täter	+++ →	111	1.46
15) andere Täter	+++ →	108	1.32
16) Gesamtangst	+++ →	144	2.02
17) Gesamtaffekt	+++ →	216	2.95
18) Wortzahl			

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme
S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub
S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung
F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt
F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Tabelle 35: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der schizophrenen Patientinnen im Schub (erstes Interview) und den Selbstbildern von Patientinnen einer gemischten psychosomatischen Gruppe

	Selbst- zu Selbstbild		
	Person / S 1		
	p	N	M
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)			
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)	++ ←	77	.60
3) nach innen ger. Aggr.	+++ →	61	1.00
4) ambivalente Aggr.	+++ →	72	1.17
5) Todesangst	+++ →	46	.76
6) Verletzungsangst			
7) Trennungsangst			
8) Schuldangst			
9) Schamangst	++ →	85	1.16
10) diffuse Angst			
11) Gesamtangst	+++ →	144	2.11
12) andere Opfer			
13) selbst Opfer	+++ →	89	1.57
14) selbst Täter	+++ →	102	1.45
15) andere Täter	++ →	104	1.31
16) Gesamtangst	+++ →	146	2.01
17) Gesamtaffekt	+++ →	202	2.94
18) Wortzahl			

Signifikanzniveau
+ p < .10 Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.
++ p < .05
+++ p < .01
++++ p < .001

rein psychosomatische Patientengruppe, die an einem organ-destruktiven Prozeß litten. Dabei wurden Sprachproben erhoben auf eine zu Ende zu erzählende Geschichte, auf eine TAT-Karte und schließlich während eines analytischen Erstinterviews, hier die ersten 1000 Worte. Situative Variablen wie Abstraktionsfähigkeit, "Identifikationsdruck", Leidensdruck und Förderung emotionaler Verbalisierung durch den Psychotherapeuten bestimmten hier in unterschiedlicher Weise die Affekt-Scores bei den Sprachproben. Psychosomatische Patienten im Erstinterview zeigten alexithymes Verhalten mit weniger Gesamtangst, nach innen gerichteter und ambivalenter Aggressivität als Neurotiker. Hingegen verwischten sich diese Unterschiede zwischen Psychosomatikern und Neurotikern bei der Gottschalk-Gleser-Standardinstruktion.

Der Vergleich mit der gemischten Psychosomatik-Gruppe (weibliche Untergruppe aus der Schöfer, Müller und Kerekjarto-Studie) (Tabelle 35) sowie der reinen Psychosomatik-Gruppe (Affektwerte nach der Standardinstruktion aus der v.Rad und Lolas-Studie) (Tabelle 36) ergibt wiederum bei den Schizophrenen niedrigere Werte der

- nach außen gerichteten, verdeckten Aggression ($p \leq 0.01$) (allerdings nicht bei der v.Rad-Gruppe, wo von mir nur Varianzschätzwerte angewandt werden konnten). Ansonsten finden sich - genau wie beim Vergleich mit der Normalstichprobe - bei den Schizophrenen im Schub
- erhöhte nach außen gerichtete, offene Aggression ($p \leq 0.001$ und $p \leq 0.01$),
- ambivalente Aggression ($p \leq 0.001$) und
- Autoaggression ($p \leq 0.001$ und ≤ 0.01),
- Gesamtaggression ($p \leq 0.001$),
- Gesamtaffekt ($p \leq 0.001$),
- Schuldangst ($p \leq 0.001$) (nicht in der v.Rad-Gruppe),
- Schamangst ($p \leq 0.01$) und
- Gesamtangst ($p \leq 0.001$).
- Todesangst ist in beiden Psychosomatik-Gruppen übereinstimmend niedriger als bei den Schizophrenen im Schub ($p \leq 0.01$ und $p \leq 0.001$).

v.Rad und Lolas weisen auf übereinstimmende Affekt-Scores ihrer Neurotiker- und Psychosomatiker-Gruppe unter Standardinstruktion hin. Auch ein Vergleich der Neurotiker mit der vorliegenden schizophrenen Gruppe im Schub ergab deshalb dieselben Befunde wie beim Vergleich mit der psychosomatischen Gruppe der v.Rad und Lolas-Untersuchung mit der schizophrenen Gruppe.

Insgesamt zeigte sich bei den schizophrenen Patienten im Schub und danach sowohl im Vergleich mit der Normalbevölkerung als auch mit einer gemischten Psychosomatikgruppe und einer Gruppe sexuell Gestörter eine erniedrigte, nach außen

Tabelle 36: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Selbstbilder der Patientinnen und der Selbstbilder von Patienten einer reinen psychosomatischen Gruppe

	Selbst- zu Selbstbild		
	t-ssom / S 1		
	P	M	N
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)	+++ →	.74	.96
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)			
3) nach innen ger. Aggr.	+++ →	.87	1.00
4) ambivalente Aggr.	+++ →	.84	1.18
5) Todesangst	+++ →	.69	.77
6) Verletzung, Angst			
7) Trennungsangst			
8) Schuldangst			
9) Schamangst	+++ →	.93	1.17
10) diffuse Angst			
11) Gesamtangst	+++ →	1.51	2.12
12) andere Opfer	+++ →	.85	1.11
13) selbst Opfer	+++ →	1.17	1.56
14) selbst Täter	+++ →	1.10	1.46
15) andere Täter	+++ →	.94	1.32
16) Gesamtaggr.	+++ →	.89	1.02
17) Gesamt affekt	+++ →	1.72	2.45
18) Wortzahl			

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme
S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub
S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung
F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt
F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Signifikanzniveau
+ p ≤ .10
++ p ≤ .05
+++ p ≤ .01
++++ p ≤ .001

Die Spitzen der Pfeile zeigen auf den größeren Mittelwert der miteinander verglichenen Bilder.

gerichtete, verdeckte Aggression. Die Affektwerte von Todesangst waren bei den Schizophrenen im Schub erhöht, dagegen nach dem Schub erniedrigt wie bei den Psychosomatosen und Neurotikern.

Ich möchte noch auf zwei Nebenfunde zu sprechen kommen: Im Kapitel 2.5.1.3 war im Vergleich der Selbstbilder der schizophrenen Patientinnen mit dem Fremdbild der Angehörigen eine stärkere Ausprägung der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression im Fremdbild des Angehörigen aufgefallen. Es wurden deshalb die Affektwerte der Fremdbildinstruktion der Partner der schizophrenen Patienten und der Partner der sexuell Gestörten verglichen (Tabelle 37): Die Partner der schizophrenen Patienten hatten wiederum erhöhte Werte der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression, weiterhin der Gesamttaggression, Gesamtaffekt, Todesangst und Gesamtangst. Auch beim Vergleich der Affektwerte im Fremdbild der Angehörigen mit dem Selbstbild der Normalbevölkerung (Tabelle 38) findet sich ein erhöhter Score bei der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression bei den Angehörigen. Zudem ist beim Angehörigen die nach innen gerichtete Aggression im Fremdbild im Vergleich zur Normalpopulation erniedrigt. Zweifellos sind letztere Befunde problematisch zu interpretieren, da sie ja mit unterschiedlicher Instruktion gewonnen wurden. Allerdings scheidet ein genereller Enthemmungseffekt beim Angehörigen im Fremdbild weitgehend aus, ist doch die nach innen gerichtete Aggression bei diesen erniedrigt. Auch der Einwand, daß hier im Fremdbild die Realperson des Patienten sich vielleicht darstellt, ist bei gerade umgekehrt ausgeprägten Affekt-Scores unwahrscheinlich. Aus diesen Gründen bleibt eine Art Abgrenzungseffekt beim Angehörigen zu vermuten, wobei der Angehörige seine Beteiligung an aggressiven Ereignissen im Zusammenhang mit dem Patienten unterschätzt.

Ein weiterer Nebenfund betrifft den Effekt, der durch den Instruktionswechsel entsteht: Koch und Schöfer (1978) beobachteten beim Instruktionswechsel vom Selbstbild zum Fremd-

Tabelle 37: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Fremdbilder der Partner der schizophrener Patientinnen und den Fremdbildern der Partner von Patientinnen mit sexuellen Funktionsstörungen

	Fremd- zu Fremdbild		
	tssom / P A		
	p	M	M
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)			
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)	+++ →	.87	1.34
3) nach innen ger. Aggr.			
4) ambivalente Aggr.			
5) Todesangst	+++ →	.41	.59
6) Verletzungsangst			
7) Trennungsangst			
8) Schuldangst			
9) Schamangst			
10) diffuse Angst			
11) Gesamtangst	+++ →	1.23	1.73
12) andere Opfer	+++ →	1.15	1.72
13) selbst Opfer			
14) selbst Täter			
15) andere Täter	+++ →	1.02	1.60
16) Gesamtanggr.	+++ →	1.31	1.96
17) Gesamtaffekt	+++ →	1.77	2.63
18) Wortzahl			

S 1 Selbstbild des Patienten bei der Aufnahme
S 2 Selbstbild des Patienten nach dem Schub
S 3 Selbstbild des Patienten bei Entlassung
F P Fremdbild des Patienten, das er über seinen Angehörigen abgibt
F A Fremdbild des Angehörigen, das er über den Patient abgibt

Tabelle 38: Unterschiede in den Affektskalen im Vergleich der Fremdbilder der Partner der schizophrenen Patientinnen und den Selbstbildern einer Normalstichprobe

	Selbst- zu Fremdbild		
	tssom / P A		
	p	M	L
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)	+++ →	.74	.97
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)	+++ →	.78	1.34
3) nach innen ger. Aggr.	+++ ←	.57	.40
4) ambivalente Aggr.			
5) Todesangst			
6) Verletzungsangst			
7) Trennungsangst			
8) Schuldangst	+++ →	.48	.69
9) Schamangst			
10) diffuse Angst			
11) Gesamtangst	++ →	1.55	1.73
12) andere Opfer	+++ →	1.08	1.72
13) selbst Opfer			
14) selbst Täter			
15) andere Täter	+++ →	1.08	1.60
16) Gesamtanggr.	+++ →	1.44	1.96
17) Gesamtaffekt	+++ →	2.09	2.63
18) Wortzahl			

Signifikanzniveau
+ p ≤ .10 Die Spitzen der Pfeile
++ p ≤ .05 zeigen auf den größeren
+++ p ≤ .01 Mittelwert der miteinander
++++ p ≤ .001 verglichenen Bilder.

bild eine Erhöhung der nach außen gerichteten Aggressivität und "andere Opfer" sowie eine Erniedrigung der auf das Selbst gerichteten Aggressivität und "selbst Opfer". Zusätzlich wurde eine Verringerung der Angstwerte gefunden. Die vorliegenden Untersuchungen (Tabelle 29) bestätigen diesen Befund (Kapitel 2.5.1.3).

Auch hier zeigte die Instruktion zum Fremdbild des Patienten im Vergleich zum Selbstbild 3 (in geringerem Ausmaß auch Selbstbild 1 und 2) eine Zunahme der nach außen gerichteten Aggressionen in verdeckter und offener Form mit einer Zunahme auf der Skala "andere Opfer". Bei Selbstbild 2 finden sich geringere Affektwerte auf "selbst Opfer" und tendenziell bei nach innen gerichteter Aggression im Vergleich zur Fremdbildinstruktion.

Daß sich der situative Einfluß durch Instruktionswechsel mit Erhöhung der Affekt-Scores bei dieser Untersuchung am deutlichsten beim Vergleich von Selbstbild 3 mit dem Fremdbild des Patienten darstellt, weist darauf hin, daß bei den ersten Selbstbildern psychosebedingte Wahrnehmungsstörung und Realitätsverlust diesen Effekt verwischen.

2.5.1.7 Zusammenfassung

Dieser Teil der Untersuchung befaßte sich mit den Effekten der Selbst- und Fremdbilder auf die Affektskalen. Dazu wurden die Selbstbilder im Verlauf über die 3 Zeitpunkte verglichen, die Selbstbilder der Patienten mit den Fremdbildern der Patienten und der Angehörigen in Beziehung gesetzt, die Fremdbilder von Patienten und die Fremdbilder von Angehörigen verglichen sowie Vergleiche zu Normalpopulationen gezogen. Die varianzanalytischen Untersuchungen ergaben jeweils signifikante bis hoch signifikante Ergebnisse:

- Ängstliche und aggressive Affekte sind im akuten psychotischen Schub deutlich erhöht, sind durch den Behandlungsverlauf beeinflussbar und werden zum Therapie-Ende hin schwächer. Die größten Effekte stellen sich beim Vergleich vom Selbstbild bei Aufnahme und Entlassung dar.
- Die modifizierte Standardinstruktion zum Fremdbild der Patienten ergibt durchgängig höhere Affekt-Scores als die

Instruktion zum Selbstbild der Patienten. Hier erweist sich vor allem der Vergleich von Selbstbild 3 mit dem Fremdbild der Patienten als bedeutsam.

- Vergleicht man das Fremdbild, das der Angehörige über den Patienten hat, mit dem Selbstbild des Patienten, so ergibt sich: Die Höhe der Affektreaktionen verteilt sich nicht - wie oben - einheitlich mit Schwerpunkt auf eines der Bilder, sondern hier stellen sich für die einzelnen Gottschalk-Gleser-Skalen unterschiedliche Gewichtungen und gegensätzliche Tendenzen dar. Diese Befunde ergeben sich für alle drei Selbstbild-Meßzeitpunkte im Vergleich zum Fremdbild des Angehörigen.
- Stellt man die Fremdbilder von Patienten und Angehörigen gegenüber, so treten im Fremdbild der Patienten stärkere Affektreaktionen als im Fremdbild der Angehörigen hervor.
- Bei den einzelnen Gottschalk-Gleser-Skalen werden Unterschiede auf Gesamtaffekt, Gesamtangst, Gesamtaggression sowie den 4 Aggressionsskalen, Todesangst, Schuld- und Schamangst sowie den 4 Täter-Opfer-Skalen deutlich. Die Skala der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression zeigte jeweils bei allen Vergleichen Effekte.

Im Schub, aber auch nach Abklingen der Psychose und Normalisierung der übrigen Affektwerte, bleibt sie ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal von der Normalpopulation und anderen klinischen Gruppen: Stets sind die Affekt-Scores auf dieser Scala niedrig. Schizophrene haben demnach eine geringe Bereitschaft, Aggressionen zwischen anderen Objekten in der Außenwelt zu verbalisieren, was im Zusammenhang mit der Tendenz zu Beziehungserleben in Verbindung gebracht wurde. Im Schub trat vermehrt Schuldangst und Schamangst auf, was im Zusammenhang mit paranoidem und halluzinatorischem Erleben als Reaktion auf peinliche Erlebnisse interpretiert wurde.

Die Abnahme der ängstlichen und aggressiven Affekte entspricht der Erwartung aus der klinischen Erfahrung mit schizophrenen Patienten. Möglicherweise wären noch größere Unterschiede in den Affektwerten zur Darstellung gekommen, wenn mehr vollständige Satzeinheiten der psychotischen Sprachproben vorge-

legen hätten und damit hätten ausgewertet werden können. Ein Teil bestand nur aus unvollständigen Sätzen und Worten. Die höheren Affekte im Fremdbild der Patienten als im Selbstbild können als Enthemmung von Affekten unter gleichzeitiger Projektion auf den Angehörigen betrachtet werden. Zudem kann dies auch durch Affekte auf die Realperson des Angehörigen bedingt sein. Die problematische Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen zeigt sich deutlich im Vergleich von Selbstbild des Patienten, dem Fremdbild der Angehörigen und Werten der Normalbevölkerung. Die Angehörigen unterschätzen die Autoaggression des Patienten, können die von diesem erlebte Bedrohung durch die Umwelt nur wenig nachvollziehen und sie neigen dazu, eigene Beteiligung an aggressiven Erlebnissen des Patienten zu unterschätzen. Dieser Befund erscheint von besonderer Bedeutung, was die therapeutische Arbeit mit den Patienten und den Angehörigen angeht. Er belegt, daß die Patienten sich von der bedrohlichen, ihnen unverständlichen und sie nicht verstehenden Umwelt im psychotischen Schub zurückziehen und die Gefahr besteht, daß sie ihre Aggressionen gegen sich selbst wenden. Nichts wäre von größerem Schaden, als wenn auch der behandelnde Arzt diese Gefahr unterschätzen würde.

2.5.2 Effekte der Sozialdaten auf die Selbst- und Fremdbilder

Im ersten Teil der Untersuchungsergebnisse wurden die Effekte der Selbst- und Fremdbildinstruktion auf die Affektskalen untersucht. Nun sollen Effekte von Sozialdaten in Wechselwirkung mit der Fremdbild- und Selbstbildinstruktion auf die Affekt-Skala untersucht werden. Dabei bieten sich mehrere Betrachtungsweisen an, wie aus Tabelle 40 deutlich wird, in der vertikal die Affekt-Skalen, horizontal die Sozialdaten und als verschieden markierte Felder die Instruktionsarten (Selbst- und Fremdbild) sowie Verlaufsänderungen und Wechselwirkungen (zwischen Verlauf und Gruppen-Unterschieden in der Selbstinstruktion) aufgeführt sind.

Zunächst ist jede Sozialvariable für sich gesondert auf ihre Effekte auf die Affekt-Skalen bei Selbst- und Fremdbild-instruktion zu untersuchen (dies entspricht in Tabelle 40 dem vertikalen Lesen der Spalten. Signifikante Effekte sind dann im entsprechenden Feld durch unterschiedliche Markierung als Effekt der Selbst- oder Fremdbildinstruktion zu ersehen.) Die Effekte der einzelnen Instruktion auf die Affekt-Skalen in Wechselwirkung mit den Sozialvariablen sind zu unterteilen in die Effekte der Selbstinstruktion und deren Wechselwirkung mit den Sozialdaten, der Fremdbildinstruktion der Patienten und deren Wechselwirkung mit den Sozialvariablen sowie der Fremdbildinstruktion der Angehörigen und deren Wechselwirkung mit den Sozialvariablen. (In Tabelle 40 sind hierzu die jeweils gleich schraffierten Felder miteinander zu betrachten.) Hinweise auf die Bedeutung der einzelnen Skalen für das Krankheitsbild liefert die Beurteilung der Effekte der Instruktionen und der Sozialvariablen auf die einzelne Affekt-Skala. (Dazu sind in der Tabelle 40 die horizontalen Spalten zu lesen.) Für Skalen, Instruktionsarten und Sozialdaten ist auch eine Betrachtungsweise im Verlauf möglich. (In Tabelle 40 finden sich dazu schwarz getönte Felder.)

Wie oben bereits erwähnt, wurden zur Erfassung der Effekte der Sozialdaten zweifaktorielle Varianzanalysen mit Meßzeitpunkt-Wiederholung T1 bis T3 für die Selbstbildinstruktion des Patienten gerechnet, einfaktorielle Varianzanalysen für das Fremdbild der Patienten und ebenfalls einfaktorielle Varianzanalysen für das Fremdbild der Angehörigen.

Im Folgenden sollen also an Hand der einzelnen Sozialvariablen jeweils für die Selbst- und Fremdbilder Gruppenunterschiede auf den Skalen aufgesucht werden. Danach werden Verlaufsänderungen der Affektwerte unter Einbeziehung der Sozialvariablen dargestellt. In einem weiteren Abschnitt sind die Selbstbilder den Fremdbildern gegenübergestellt. Dann werden die Effekte der Selbst- und Fremdbilder mit den Sozialvariablen auf die einzelnen Skalen dargestellt und abschließend eine übergreifende Zusammenfassung versucht.

Tabelle 41
Einfluß der Variable Diagnosegruppen und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	p	F	Patient			Angehöriger	
			Selbstbild		Fremdbild	Fremdbild	Fremdbild
			Gruppen	Verlauf			
	*	p < .10					
	**	p < .05					
	***	p < .01					
	****	p < .001					
1)	nach	auß. ger. Aggr. (offen)					
2)	nach	auß. ger. Aggr. (verd.)					
3)	nach	innen ger. Aggr.			+++		
4)	ambivalente	Aggr.					
5)	Todesangst						+
6)	Verletzungsangst						
7)	Trennungsangst						
8)	Schuldangst						
9)	Schamangst						
10)	diffuse Angst			++			
11)	Gesichtsangst						
12)	andere Opfer				++		+
13)	selbst Opfer						
14)	selbst Täter						
15)	andere Täter						+
16)	gesamt Aggr.						++
17)	gesamt Affekt						+
18)	„B. Wortzahl“			++		+	

2.5.2.1 Effekte der Selbst- und Fremdbilder sowie der Sozialdaten auf die Affekt-Skalen

In diesem Abschnitt geht es also darum, jeweils für jede Sozialvariable bei Selbst- und Fremdbildern Gruppenunterschiede auf den Affekt-Skalen aufzusuchen. Wie Tabelle 40 zeigt, weisen folgende Variablen die deutlichsten Effekte auf: Diagnose, Schicht, Alter, Einstellung zur Therapie, Isolierung, Kontakt zu den Angehörigen, Anzahl der Medikation und Wechsel der Medikation. Ausführlich wurde über die Sozialvariablen im Abschnitt 2.4 "Stichprobe" berichtet. Hier soll nur cursorisch auf die einzelnen Variablen in ihrer Bedeutung für die untersuchte Stichprobe eingegangen werden und mehr die Zusammenhänge mit den Affekt-Skalen beleuchtet werden. Es sei vorausgeschickt, daß die Verlaufsänderungen der Affektwerte, die in den folgenden Tabellen neben den Gruppenunterschieden mit aufgeführt werden, später in einem gesonderten Abschnitt kommentiert werden.

Entsprechend der Gliederung der Sozialvariablen bei der Stichprobenbeschreibung werden nun unter dem Gesichtspunkt Krankheitsvorgeschichte wiederum die Diganosegruppierung, Alter, Schichtzugehörigkeit, privates und berufliches Umfeld behandelt; bei der stationären Behandlung Anzahl der Medikamente, Kombination der Medikamente sowie bei situativen Komponenten Einstellung zur Therapie, Isolierung, Kontakt zu den Angehörigen, Dauer des Aufenthaltes; hinsichtlich der Angehörigen werden Einstellung zur Therapie und psychische Krankheit untersucht.

2.5.2.1.1 Diagnose

Am stärksten war die paranoid-halluzinatorische Untergruppe mit fast einem Viertel der Patientinnen vertreten, wie es auch aus der klinischen Erfahrung bekannt ist (23%).

Es folgen: schizoaffektive Psychose (14%),

Hebephrenie (13%),

Katatonie (11%),

Pfropfschizophrenie (11%),

Schizophrenia simplex (10%),

chronische Schizophrenie (10%),

coenästhetische Schizophrenie (10%).

Betrachtet man die einzelnen Skalen, so zeigt sich im Selbstbild

- Gesamtaggression ($p \leq 0.05$),
- nach innen gerichtete Aggression ($p \leq 0.01$),
- "andere Opfer" ($p \leq 0.05$),
- diffuse Angst ($p \leq 0.05$),
- signifikante Effekte und tendenzieller Gesamtaffekt ($p \leq 0.10$)
- und "andere Täter" ($p \leq 0.10$) (Tabelle 41).

Im Folgenden werden nur die signifikanten Effekte abgehandelt.

Die nach innen gerichtete Aggression differenziert im Selbstbild bei Wechselwirkung zwischen den Gruppen und Verlauf ($p \leq 0.01$) (Tabelle 42).

Betrachtet man die Höhe der gemessenen Affektwerte auf dieser Skala, so hat die coenästhetische Gruppe den höchsten und die simplex Gruppe den niedrigsten Wert. Die übrigen Gruppen liegen eng beieinander mit Abstand zwischen den beiden Gruppen. In der psychotischen Phase ist bei der coenästhetischen Gruppe ein steiler Anstieg zu verzeichnen.

Tabelle 42

Einfluß von "Diagnose" auf A. 3 und Verlauf der Affekte der Patienten
(Selbstbild) für nach innen gerichtete Aggression

Mittelwerte auf Skala 3 nach innen gerichtete Aggression der Gruppen A 1 bis A 8 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Diagnose	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 paranoid-hall. Psychose	0,93	0,91	0,89
A 2 Hebephrenie	1,04	1,11	1,28
A 3 Katatonie	0,88	0,98	0,98
A 4 Schizophrenia simplex	0,74	0,58	0,60
A 5 coenästhetische Schizo	1,12	1,78	1,54
A 6 schizoaffektive Psychose	0,83	1,00	1,07
A 7 Pfropfschizophrenie	0,90	1,00	1,06
A 8 chronische Schizophrenie	1,02	0,92	1,07

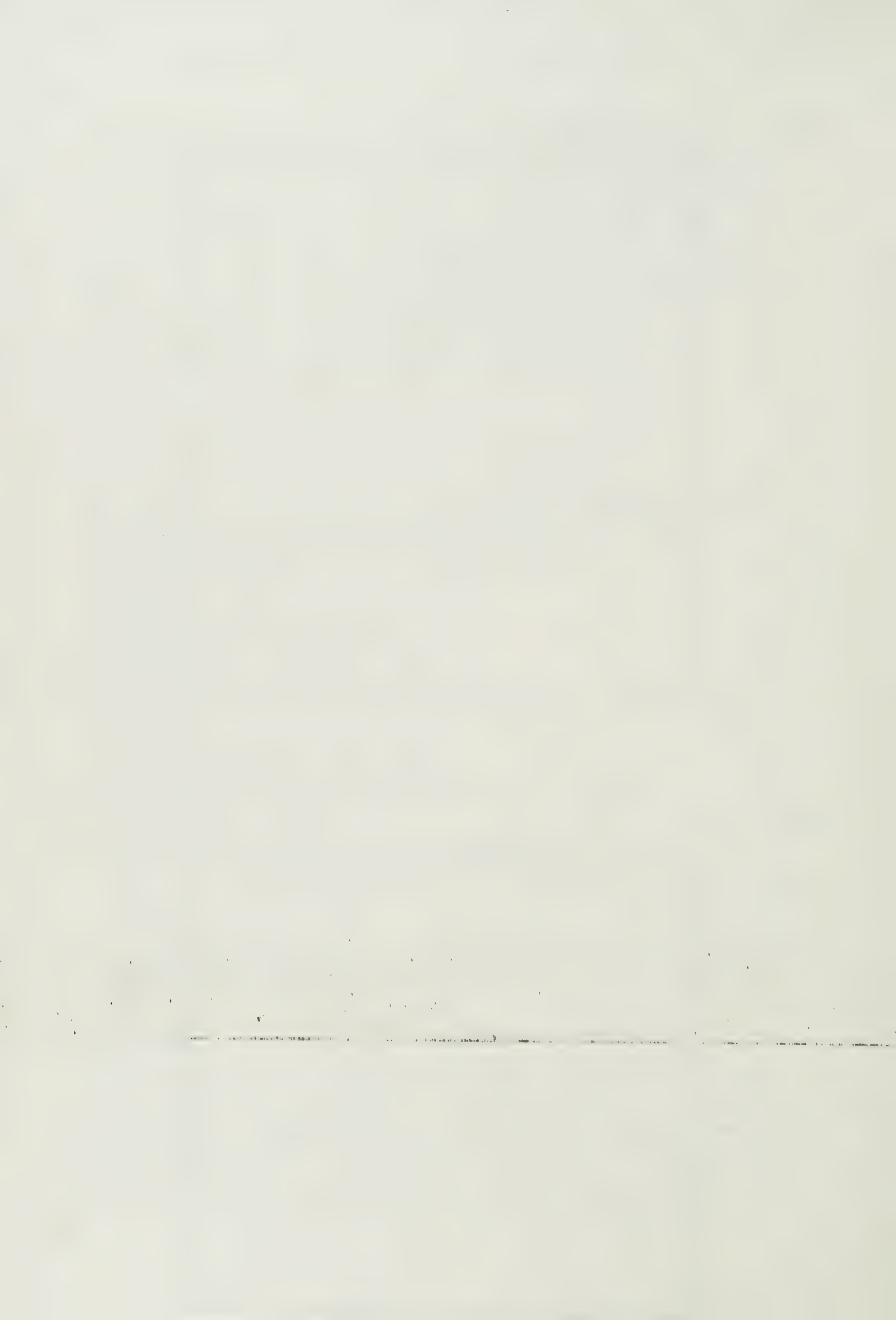
2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Diagnose	7	1,75	0,87
B Zeitpunkt	2	0,72	0,51
A x B	14	0,31	0,009

Tabelle 43

Einfluß von "Diagnose" auf Ausmaß der Affekte der Patienten (Fremdbild)
für andere Opfer

Mittelwerte auf Skala 12 andere Opfer der Gruppen A 1 bis A 8	
Diagnose	
A 1 paranoid-hall. Psychose	1,25
A 2 Hebephrenie	1,56
A 3 Katatonie	1,20
A 4 Schizophrenia simplex	1,50
A 5 coenästhetische Schizo	2,00
A 6 schizoaffektive Psychose	1,27
A 7 Pfropfschizophrenie	1,77
A 8 chronische Schizophrenie	2,35

Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	7	2,52	0,03



zurück. Offensichtlich findet hier zunächst eine Verlagerung von durch Körpersymptome geäußerter, nach innen gerichteter Aggression zu verbal geäußerter Aggression statt, und erst dann im postpsychotischen Verlauf ein Nachlassen dieser Aggressionen. Bei der Schizophrenia simplex klingen nach innen gerichtete Aggressionen in der psychotischen Phase ab und bleiben postpsychotisch auf diesem niedrigen Wert.

Bezieht man in die Betrachtung das Fremdbild des Patienten mit ein, so zeigen

- "andere Opfer" ($p \leq 0.05$) und
- Wortzahl ($p \leq 0.05$)

Effekte auf die Diagnose-Gruppierung.

Ähnlich wie die Affektwerte der Gruppen bei der nach innen gerichteten Aggression ordnen sich im Fremdbild des Patienten die durchschnittlichen Affektwerte der Gruppen an. Hier hat allerdings die chronische Gruppe die höchsten Werte und Schizophrenia simplex die niedrigsten (Tabelle 43). Wortzahl differenziert im Fremdbild des Patienten so, daß die schizoaffektive Gruppe erwartungsgemäß am wortreichsten ist und die simplex, chronische und paranoide Gruppe am wortkargsten.

Die Auswertung des Fremdbildes der Angehörigen ergab hohe Affektwerte bei der chronischen und simplex Gruppe und meist geringe für Ppropfschizophrenie und schizoaffektive Psychose bei

- Todesangst ($p \leq 0.10$),
- Gesamtaffekt ($p \leq 0.10$),
- Gesamttaggression ($p \leq 0.05$),
- "andere Opfer" ($p \leq 0.10$) und
- "andere Täter" ($p \leq 0.10$). (Tabelle 44)

Im Fremdbild der Angehörigen werden bei der chronischen und simplex Gruppe Affekte bei den Angehörigen deutlicher als bei den Patienten. Die paranoide Gruppe hat insofern eine Sonderstellung, als die Angehörigen hohe Todesangst aussprechen bei insgesamt eher niedrigem Gesamtaffekt und Gesamttaggression.

Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, die sich aus zu kleiner Gruppengröße möglicherweise ergeben hätten, wurden in einer Zusammenfassung von phänomenal ähnlichen Gruppen die Effekte überprüft. Zusammengefaßt wurden:

- Pfropf- und chronische Schizophrenie (17 Fälle, 21%),
- Schizophrenia simplex und coenästhetische Schizophrenie (15 Fälle, 19%),
- Hebephrenie und Katatonie (19 Fälle, 24%),

Unverändert blieben:

- paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (18 Fälle, 23%) und
- schizoaffektive Psychose (11 Fälle, 14%).

Die Zusammenfassung ergab eine Bestätigung der Befunde: es erfolgten Effekte auf dieselben Skalen. Zusätzlich wurden bei

- der nach innen gerichteten Aggression außer bei den Wechselwirkungen auch nur bei den Gruppen tendenziell signifikante Ergebnisse erhalten ($p \leq 0.10$).
- Todesangst zeigte tendenziell bei den Wechselwirkungen Effekt ($p \leq 0.10$).
- Im Fremdbild trat auch offen nach außen gerichtete Aggression tendenziell hervor ($p \leq 0.10$).

Zusammenfassend kann zu den Effekten auf die Schizophreniegruppierung gesagt werden, daß die nach innen gerichtete Aggression am deutlichsten Effekte aufwies, und einen unterschiedlichen Einfluß auf die Gruppen hat. Bei Auftreten von Körpersymptomen wie bei der coenästhetischen Schizophrenie treten deutliche Effekte bei der nach innen gerichteten Aggression auf.

2.5.2.1.2 Alter bei der Aufnahme

Bei der Aufnahme waren die Patientinnen zwischen 13 und 68 Jahre alt. 41% waren jünger als 35 Jahre, 34% waren 35 bis 50 Jahre alt und 35% über 50 Jahre alt.

Im Selbstbild differenziert

- Todesangst tendenziell die Gruppen ($p \leq 0.10$),
- Schuldangst signifikant ($p \leq 0.05$) (Tabelle 45).

Für alle Gruppen ist im Selbstbild ein kontinuierliches Abfallen der Todesangst zu beobachten. Mit zunehmendem Alter liegt der durchschnittliche Affektwert niedriger. Es stellten sich auch unterschiedliche Verläufe dar: Die Gruppe der 35 bis 50-Jährigen zeigt einen deutlichen Abfall in der

Tabelle 45
Einfluß der Variable Alter und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	* p < .10 ** p < .05 *** p < .01 **** p < .001	Patient				Angehöriger	
		Selbstbild			Freudbild	Freudbild	
		Gruppen	Verlauf	W W			
1)		nach auß.ger.Aggr.(offen)			+		
2)		nach auß.ger.Aggr.(verd.)					
3)		nach innen ger. Aggr.					
4)		ambivalente Aggr.			+		
5)		Todesangst	+				
6)		Verletzungangst					
7)		Trennungangst					+
8)		Schuldangst	++				
9)		Schamangst					
10)		diffuse Angst		++			
11)		Gesamtangst					+
12)		andere Opfer			+		
13)		selbst Opfer			+		
14)		selbst Täter					
15)		andere Täter					
16)		gesamt Aggr.			+		
17)		gesamt Affekt					
18)		Wortzahl		++			

psychotischen Phase und einen gleichbleibenden in der post-psychotischen Phase. Mit zunehmendem Alter (zunehmender Chronifizierung) verwischt sich dieser Effekt: Die Gruppe der 35 bis 50-Jährigen hat einen weniger steilen Abfall, aber noch einen postpsychotisch weiter abfallenden Wert. Ebenso ist es bei der Gruppe der über 50-jährigen Patientinnen, die postpsychotisch sogar einen deutlicheren Abfall als in der psychotischen Phase zeigten.

Bei der Schuldangst (Tabelle 46) finden sich in Abhebung zur Todesangst andere Ergebnisse: Auch hier kommen zunächst einmal insgesamt fallende Affektwerte für alle drei Gruppen zur Darstellung. Die Verläufe der Gruppen sind aber wieder unterschiedlich: Die Gruppe der 19 bis 35-Jährigen zeigt in der psychotischen Phase einen leichten Anstieg der Schuldangst und postpsychotisch einen starken Abfall. Mit geringgradig höherem psychotischen Anfangswert ist der Verlauf der

Tabelle 46

Einfluß von "Alter bei der Aufnahme" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Schuldangst

Mittelwerte auf Skala 8 Schuldangst der Gruppen A 1 bis A 3 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Alter	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 bis 35 Jahre	0,72	0,77	0,57
A 2 36 bis 50 Jahre	0,72	0,83	0,44
A 3 über 50 Jahre	0,85	0,56	0,60

3 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Alter	2	0,02	0,026
B Zeitpunkt	2	3,71	0,972
A x B	4	1,20	0,687

Gruppe der 35 bis 50-Jährigen ähnlich, sinkt postpsychotisch jedoch noch stärker als die jüngere Gruppe ab. Im Gegensatz zu diesen beiden Verläufen zeigt die Gruppe der über 50-Jährigen einen starken Abfall in der psychotischen Phase von einem höheren Anfangswert und postpsychotisch praktisch keine Änderung. Dieser Effekt eines mit zunehmendem Alter schnelleren und früheren Absinken der Schuldangst im Verlauf mag als Chronifizierungsfolge zu interpretieren sein: Mit zunehmender Anzahl an Schüben werden peinliche Ereignisse im sozialen Umfeld bei Ausbruch der Psychose während des Genesungsprozesses in kürzerer Zeit schuldgefühlshaft verarbeitet.

Bemerkenswert scheint bei der Betrachtung beider Angstskalen, daß sich hier nicht nur Veränderungen in der psychotischen, sondern sehr ausgeprägt auch in postpsychotischen Rekon-

valeszenzzeit zeigen. Der Verlauf der Todesangst ist altersabhängig so zu interpretieren, daß mit zunehmendem Alter sich der Rückgang der Todesangst im Genesungsprozeß über die psychotische Phase in die postpsychotische ausdehnt. In umgekehrter Weise gilt dies für die Schuldangst, die eher bei den jüngeren Gruppen postpsychotisch abfällt, während bei der älteren postpsychotisch weniger Veränderungen auftreten.

Im Fremdbild der Patientinnen haben auf das Alter bei der Aufnahme folgende Skalen tendenzielle Effekte:

- Gesamtaggression ($p \leq 0.10$),
- nach außen gerichtete, offene Aggression ($p \leq 0.10$),
- ambivalente Aggression ($p \leq 0.10$),
- "andere Opfer" ($p \leq 0.10$),
- "selbst Opfer" ($p \leq 0.10$).

Bei allen Skalen hat die Gruppe der alten Patientinnen die niedrigsten Affektwerte. Bei Gesamtaggression, nach außen gerichteter, offener Aggression und "andere Opfer" treten bei der mittleren Altersgruppe die höchsten Werte auf, noch vor der jugendlichen Gruppe, bei der ambivalenten Aggression ist der Wert der jugendlichen und mittelalterlichen Gruppe fast gleich und bei "selbst Opfer" ist die jugendliche Gruppe das einzige Mal im Fremdbild der Patientinnen deutlich auf einem höheren Affektwert.

Im Fremdbild der Angehörigen treten Effekte bei tendenziell Gesamtangst und Trennungsangst auf.

- Bei Gesamtangst finden sich mit zunehmendem Alter niedrigere Affektwerte ($p \leq 0.10$).
- Einen hohen Wert hat dagegen die Altersgruppe hier bei Trennungsangst, einen niedrigen die mittlere Gruppe und dazwischen die jugendliche Gruppe ($p \leq 0.10$).

2.5.2.1.3 Schichtzugehörigkeit

Es ergab sich eine Schichtzugehörigkeit bei 15% zu oberen Schichten, bei 48% zu mittleren Schichten und bei 38% zu unteren Schichten.

Im Selbstbild ergeben sich Gruppenunterschiede bei Gesamtangst ($p \leq 0.05$) (Tabellen 47 und 48).

Tabelle 47

Einfluß der Variable Schichtzugehörigkeit und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	+	p < .10 + p < .05 + p < .01 + p < .001	Patient			Angehöriger	
			Selbstbild			Frei- bild	Frei- bild
			Gruppen	Verlauf	W W		
1)	nach	auß. ger. Aggr. (offen)					
2)	nach	auß. ger. Aggr. (verd.)				+	+
3)	nach	innen ger. Aggr.					
4)	ambivalente	Aggr.					
5)	Todesangst						
6)	Verletzungangst						
7)	Trennungangst						
8)	Schuldangst						
9)	Schemangst						
10)	diffuse	Angst		++			
11)	Gesamtangst		++				
12)	andere	Opfer				++	
13)	selbst	Opfer					
14)	selbst	Täter					
15)	andere	Täter					
16)	gesamt	Aggr.					
17)	gesamt	Affekt					
18)	Wortzahl			++			

Die durchschnittlichen Werte liegen bei den oberen Schichten am höchsten, dann folgen mittlere und dann untere Schichten. Der Verlauf ist bei den drei Gruppen unterschiedlich. Während mittlere und obere Schichten von der Aufnahme bis zum zweiten Meßzeitpunkt einen deutlichen Abfall der Gesamtangst aufweisen, ist bei den unteren Schichten ein leichter Anstieg zu verzeichnen. In der postpsychotischen Phase sinkt bei mittleren und oberen Schichten die Angst ab, steigt jedoch bei der unteren Schicht an. Die mittleren Schichten haben den höchsten psychotischen Anfangswert und danach konsequent abfallende Werte. Die unteren Schichten zeigen in der psychotischen Phase einen Anstieg und dann einen Abfall zum niedrigsten Wert der Gruppen am Therapie-Ende. Die oberen Schichten haben den niedrigsten Anfangswert, dann einen Abfall auf den niedrigsten Zwischenwert und schließlich einen Anstieg zum Therapie-Ende hin. Die Kurve verläuft also U-förmig. Der Verlauf der Gesamtangst in den mittleren

Tabelle 48

Einfluß von "Schicht" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten
(Selbstbild) für Gesamtangst

Mittelwerte auf Skala 11 Gesamtangst der Gruppen A 1 bis A 3 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Schicht	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 obere Schichten	1,91	1,85	2,08
A 2 mittlere Schichten	2,18	1,89	1,75
A 3 untere Schichten	1,98	2,17	1,61

3 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Schicht	2	0,01	0,014
B Zeitpunkt	2	3,67	0,971
A x B	4	2,14	0,918

Tabelle 49

Einfluß von "Schicht" auf Ausmaß der Affekte der Patienten (Fremdbild)
für andere Opfer

Mittelwerte auf Skala 12 andere Opfer der Gruppen A 1 bis A 3			
Schicht			
A 1 obere Schichten	1,74		
A 2 mittlere Schichten	1,20		
A 3 untere Schichten	1,73		

Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	3,96	0,027

Schichten nimmt eine Mittelstellung zwischen den oberen und unteren Schichten ein. Geht man von einem normalen Verlauf bei den mittleren Schichten mit konsequent fallenden Angstwerten im stationären Verlauf aus, so besteht bei den unteren Schichten insofern eine Besonderheit, als offenbar diskrepante soziale Effekte mit der Aufnahme im Krankenhaus verbunden sind, so daß ein Anstieg der Angstwerte folgt. Das Krankenhaus-Personal sowie die Mehrzahl der Mitpatienten, mit denen sie ja hier in engem Kontakt auf der abgeschlossenen Station zusammenleben, gehört einer höheren Schicht an. Für die oberen Schichten erweist sich die postpsychotische Phase mit der Inaussichtstellung der Entlassung als problematisch und angsterzeugend. Möglicherweise ist das eigene berufliche und private Umfeld, in dem sich vor der Aufnahme psychotisch bedingte kränkende Erlebnisse und peinliche Verhaltensweisen des Patienten zutrugen, die Ursache für Angst um Bedrohung der eigenen sozialen Stellung und neuer Konflikte nach der Entlassung.

Im Fremdbild der Patienten (Tabelle 49) finden sich Unterschiede bei

- "andere Opfer" ($p \leq 0.05$) und tendenziell bei
- nach außen gerichteter, offener Aggression ($p \leq 0.10$).

Die jeweils niedrigsten Werte finden sich bei den mittleren Schichten, höhere bei den unteren Schichten und die höchsten bei den oberen Schichten. Beide Skalen ergeben diese Werte.

Im Fremdbild der Angehörigen finden sich tendenzielle Unterschiede bei

- nach außen gerichteter, offener Aggression ($p \leq 0.10$)

mit mittleren Werten bei den mittleren Schichten, niedrigeren bei den unteren Schichten und höheren bei den oberen Schichten.

Die hohen Affektwerte für die oberen Schichten in beiden Fremdbildern entsprechen den Befunden im Selbstbild vor der Entlassung. Den niedrigeren Affektwert im Fremdbild der Angehörigen als beim Patienten kann man so interpretieren, daß die Angehörigen die sozialen Konflikte der unteren-Schicht-Patienten auf der Station unterschätzen.

Tabelle 50

Einfluß der Variable privates Umfeld nach der Entlassung und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	p	p < .10 p < .05 p < .01 p < .001	Patient			Angehöriger	
			Selbstbild			Fremdbild	Fremdbild
			Gruppen	Verlauf	V W		
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)							
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)							
3) nach innen ger. Aggr.							++
4) ambivalente Aggr.							
5) Todesangst							
6) Verletzungsangst						++	
7) Trennungsangst			+			+	
8) Schuldsangst							
9) Schamsangst							
10) diffuse Angst							
11) Gesamtangst							
12) andere Opfer							
13) selbst Opfer							
14) selbst Täter							
15) andere Täter							
16) gesamt Aggr.							
17) gesamt Affekt							
18) Wortzahl							

2.5.2.1.4 Privates Umfeld nach der Entlassung

Die Stellung der Patientinnen im privaten Umfeld wurde unter dem Gesichtspunkt der Dominanz, Verantwortung, Arbeitsbelastung und der Versorgung gesehen (s.o.). Dabei wurden bei der Entlassung 3 Großgruppen unterschieden:

- (1) eine ungleichwertige Partnerschaft, wobei die Patientinnen mehr oder weniger von der Umgebung gepflegt werden (in Familie oder Heim) und selber keine Arbeit mehr verrichten können (43%);
- (2) eine gleichwertige Partnerschaft, in der die Patientin entweder mit dem Mann zusammen einer Arbeit nachgeht, oder Mutter ist, und die Familie versorgt (48%);
- (3) eine ungleichwertige Partnerschaft, in der die Patientin die meiste Belastung hat, wobei sie Mutter ist, eine Familie versorgt und dabei noch eine feste Arbeitsstelle hat (9%).

Im Selbstbild stellten sich tendenzielle Gruppenunterschiede dar ($p < 0.10$) (Tabelle 50). Die Pflegegruppe hat einen niedrigen Ausgangswert, am Ende der psychotischen Zeit einen hohen, der danach etwas abfällt. Die gleichwertige Gruppe hat zunächst einen Abfall in der psychotischen Phase, dann einen Anstieg.

Tabelle 51

Einfluß von "privatem Umfeld nach der Entlassung" auf Ausmaß der Affekte der Patienten (Fremdbild) für Verletzungsangst

Mittelwerte auf Skala 6 Verletzungsangst der Gruppen A 1 bis A 3			
privates Umfeld n.E.			
A 1	ungleichwertig, überlastet	0,80	
A 2	gleichwertig	0,45	
A 3	ungleichwertig, in Pflege	0,55	
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	3,98	0,026

Tabelle 52

Einfluß von "privatem Umfeld nach der Entlassung" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für nach innen gerichtete Aggression

Mittelwerte auf Skala 3 nach innen gerichtete Aggression der Gruppen A 1 bis A 3			
privates Umfeld n.E.			
A 1	ungleichwertig, überlastet	0,57	
A 2	gleichwertig	0,35	
A 3	ungleichwertig, in Pflege	0,44	
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	3,173	0,046

In den Fremdbildern wurde die besonders belastete Kleingruppe mit einbezogen. Im Fremdbild des Patienten zeigten sich ebenfalls tendenzielle Unterschiede bei

- Trennungsangst ($p \leq 0.10$) und bei
- Verletzungsangst ($p \leq 0.05$) (Tabelle 51);

im Fremdbild der Angehörigen bei

- nach innen gerichteter Aggression ($p \leq 0.05$) (Tabelle 52)

Die jeweils niedrigsten Werte im Fremdbild des Patienten hat die gleichwertige Gruppe, mittlere Werte die Pflege-Gruppe und die höchsten Werte die überlastete Gruppe. Der niedrige Anfangswert der pflegebedürftigen Gruppe mag bedeuten, daß sie negative Folgen durch die bevorstehende Trennung von der vertrauten Umgebung nicht erwartet und sich vielleicht nicht ungern auf befristete Zeit daraus lösen will. Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes steigt die Trennungsangst stark an, vielleicht nicht nur aus Sehnsucht nach der bekannten Umgebung, sondern auch aus Angst, abgeschoben zu werden, z.B. von der pflegenden Familie in ein Heim, oder von einem Heim auf eine chronische Station. Weniger gern als die pflegebedürftige Gruppe löst sich die gleichberechtigte Gruppe von der Familie, kann aber aus dem Aufenthalt profitieren, ist entlastet, was sich deutlich in der psychotischen Phase zeigt. Mit zunehmender Gesundheit benötigt diese Gruppe nicht mehr die Betreuung und sehnt sich nach Hause. Die Patienten der stark belasteten Kleingruppe - wie sie sich in den Fremdbildern darstellen - hat große Verletzungs- und Trennungsangst. Die Affekte der überlasteten Kleingruppe sind - wie sie sich in den Fremdbildern darstellen - von großer Verletzungsangst, Trennungsangst und nach innen gerichteter Aggression gekennzeichnet, so daß hier in der Partnerschaft - mehr als bei den anderen Gruppen - Konfliktmaterial zu vermuten ist, das krankheitsauslösend war.

2.5.2.1.5 Berufliches Umfeld nach der Entlassung

Bei der Entlassung konnten im Hinblick auf die zu erwartende Arbeitsfähigkeit zwei Gruppen unterschieden werden, eine arbeitsfähige oder in Kürze arbeitsfähig werdende Gruppe (58%) und eine nicht arbeitsfähige, berentete Gruppe (42%).

Tabelle 53

Einfluß der Variable berufliches Umfeld nach der Entlassung und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	Patient	Angehöriger			
		Selbstbild		Fremdbild	
		Gruppen	Verlauf	W W	Fremdbild
* p < .10					
** p < .05					
*** p < .01					
**** p < .001					
1) nach auß.ger.Aggr.(offen)					
2) nach auß.ger.Aggr.(verd.)					
3) nach innen ger. Aggr.					
4) ambivalente Aggr.					
5) Todesangst					
6) Verletrungsangst					+
7) Trennungsangst					
8) Schuldenangst					
9) Schamangst					
10) diffuse Angst			++		
11) Gesamtangst	+				
12) andere Opfer				++	
13) selbst Opfer					
14) selbst Täter					
15) andere Täter					
16) Gesamt Aggr.					
17) Gesamt Affekt					
18) Wertszahl			++		

Im Selbstbild der Patientinnen gab es tendenzielle Gruppenunterschiede bei

- Gesamtangst ($p \leq 0.10$) (Tabelle 53)

Die arbeitsunfähige Gruppe hatte kontinuierlich abfallende Werte. Die arbeitsfähige Gruppe hat praktisch keine Veränderung vom Anfangs- und Mittelwert, dann ein Abfallen auf den niedrigsten Wert. Dieser niedrigste Affektwert bei der Entlassung mag dieser Gruppe eine größere Gesundheit und Angstfreiheit ausweisen.

Im Fremdbild der Patienten differenziert

- ambivalente Aggression ($p \leq 0.05$) (Tabelle 54) und
- "andere Opfer" ($p \leq 0.05$) (Tabelle 55).

Bei der ambivalenten Aggression zeigt die arbeitsfähige Gruppe im Fremdbild der Patienten einen höheren Wert, bei "andere Opfer" die arbeitsunfähige Gruppe.

Tabelle 54

Einfluß von "beruflichem Umfeld nach der Entlassung" auf die Affekte der Patienten (Fremdbild) für ambivalente Aggression

Mittelwerte auf Skala 4 ambivalente Aggression für die Gruppen A 1 und A 2			
berufliches Umfeld n.E.			
A 1 arbeitsfähig		1,37	
A 2 Rentner		0,98	
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	40	2,12	0,040

Tabelle 55

Einfluß von "beruflichem Umfeld nach der Entlassung" auf die Affekte der Patienten (Fremdbild) für andere Opfer

Mittelwerte auf Skala 12 andere Opfer für die Gruppen A 1 und A 2			
berufliches Umfeld n.E.			
A 1 arbeitsfähig		1,39	
A 2 Rentner		1,82	
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	22	-2,12	0,045

Tabelle 56

Einfluß der Variablen Anzahl der Medikation und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

	Signifikanz- niveau	p	F	Patient			Angehöriger	
				Selbstbild			Fremdbild	Fremdbild
				Gruppen	Verlauf	V W		
1) nach auß. ger. Aggr. (offen)								
2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)								+
3) nach innen ger. Aggr.							+	
4) ambivalente Aggr.								
5) Todesangst								+
6) Verletzungsangst								
7) Trennungsangst								
8) Schuldangst				++				
9) Schamangst						++		
10) diffuse Angst					++			
11) Gesamtangst						++		
12) andere Opfer								
13) selbst Opfer								
14) selbst Täter								
15) andere Täter								
16) gesamt Aggr.								
17) gesamt Affekt								
18) Wortzahl					++			

Im Fremdbild des Angehörigen hat die arbeitsfähige Gruppe einen kleineren Affektwert bei
- Verletzungsangst ($p \leq 0.10$).

Der im Gegensatz zu den höheren Werten der arbeitsunfähigen Gruppe bei den übrigen Skalen auffallend niedrige Wert dieser Gruppe bei der ambivalenten Aggression im Fremdbild der Patienten mag eine aggressionsarme Schonhaltung der Angehörigen diesen Patienten gegenüber ausdrücken.

2.5.2.1.6 Anzahl der Medikamente

Die Anzahl der verabreichten Medikamente ist abhängig von der Art der Symptome, d.h. oft wird eine "Zwei-Zügel-Therapie" von zwei Neuroleptika bei paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie von Anfang an verordnet, oder aber ein einziges hochpotentes Neuroleptikum bei Katatonie. Die Anzahl der Medikamente ist auch abhängig von der Chronifizierung, d.h. eine Gewöhnung an ein Medikament durch jahrelangen Gebrauch macht gelegentlich einen Wechsel erforderlich, oder abhängig von der Prophylaxe, d.h. es erfolgt

Tabelle 57

Einfluß von "Anzahl der Medikamente" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Schuldangst

Mittelwerte auf Skala 8 Schuldangst der Gruppen A 1 bis A 3 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Anzahl der Med.	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 ein und zwei Med.	0,81	0,72	0,55
A 2 drei und vier Med.	0,75	0,76	0,52
A 3 über vier Med.	0,66	0,71	0,66

2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Anzahl der Medikamente	2	0,01	0,014
B Zeitpunkte	2	3,65	0,970
A x B	4	0,25	0,096

Tabelle 58

Einfluß von "Anzahl der Medikamente" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Schamangst

Mittelwerte auf Skala 9 Schamangst der Gruppen A 1 bis A 3 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Anzahl der Med.	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 ein und zwei Med.	1,38	1,24	1,05
A 2 drei und vier Med.	1,01	0,99	0,85
A 3 über vier Med.	1,35	1,20	1,13

2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Anzahl der Medikamente	2	2,07	0,863
B Zeitpunkt	2	2,48	0,911
A x B	4	0,17	0,047

Tabelle 59

Einfluß von "Anzahl der Medikamente" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Gesamtangst

Mittelwerte auf Skala 11 Gesamtangst der Gruppen A 1 bis A 3 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Anzahl der Med.	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 ein und zwei Med.	2,18	2,04	1,86
A 2 drei und vier Med.	1,93	1,93	1,62
A 3 über vier Med.	2,45	2,25	2,13

2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Anzahl der Medikamente	2	2,48	0,906
B Zeitpunkte	2	3,53	0,966
A x B	4	0,12	0,027

eine Umstellung auf ein Depot-Präparat. In die Anzahl der Medikation gingen weder Zusatzmedikamente ein - wie Anti-Parkinson-Mittel - noch Medikamente von nicht-psychiatrischen Krankheiten.

Die Anzahl der verordneten Medikamente schwankte zwischen 1 und 8. 35% hatten 1 und 2 Medikamente, 53% 3 und 4, 12% hatten mehr als 4 Medikamente insgesamt.

Im Selbstbild wird nach Gruppen bei

- Schuldangst ($p \leq 0.05$) differenziert,
- nach Wechselwirkung von Gruppen und Verlauf bei
- Schamangst ($p \leq 0.05$),
- Gesamtangst ($p \leq 0.05$) und tendenziell bei
- Gesamtaffekt ($p \leq 0.10$) (Tabelle 56)

Bei Schuldangst (Tabelle 57) hat die Gruppe 1

(1 und 2 Medikamente) im Selbstbild den höchsten Wert, der danach kontinuierlich abfällt. Bei Gruppe 2 (3 und 4

Medikamente) ist zum Zwischenmeßpunkt kaum eine Veränderung festzustellen, danach ein Abfallen auf den niedrigsten Wert. Die Werte von Gruppe 3 (über 4 Medikamente) verändern sich fast nicht und liegen durchwegs recht niedrig.

Bei Schamangst (Tabelle 58) haben alle drei Gruppen fallende Werte in den drei Meßzeitpunkten. Bei Gruppe 2 liegen die Werte am niedrigsten, am höchsten bei Gruppe 3 und dazwischen bei der Gruppe 3 mit nur geringen Abfällen zum Therapie-Ende zu.

Ein ähnliches Ergebnis stellt sich bei der Gesamtangst (Tabelle 59) dar: ein abfallender Verlauf für die 3 Gruppen, Gruppe 2 mit den niedrigsten Werten, mit wenig Veränderung in der psychotischen Phase, Gruppe 3 mit etwas höheren, abfallenden Werten und Gruppe 3 mit den höchsten Werten.

Bei Gesamtaffekt findet man wieder bei Gruppe 2 die niedrigsten Werte und einen leichten Anstieg zum zweiten Meßzeitpunkt, dann einen Abfall. Gruppe 3 hat einen ähnlichen Verlauf mit den höchsten Werten, und dazwischen liegt Gruppe 1.

In den Affektskalen Schuldangst und Schamangst liegen die Werte für die Gruppe 2 am niedrigsten. Offenbar gelang es hier, eine optimale medikamentöse Einstellung zu erzielen. Die Werte der Gruppe 1 liegen durchweg höher. Daß Gruppe 3 hohe Werte in Gesamtaffekt und Gesamtangst aufweist, mag die Schwierigkeit in der Behandlung dieser Gruppe belegen. Dennoch gelang zumindest eine deutliche Reduktion in Schuld- und Schamangst.

Im Fremdbild der Patientin gibt es tendenziell Gruppenunterschiede bei der

- nach innen gerichteten Aggression ($p \leq 0.10$).

Den niedrigsten Wert hat Gruppe 2, dann folgt Gruppe 1, dann Gruppe 3.

Im Fremdbild der Angehörigen finden sich tendenzielle Gruppenunterschiede bei

- nach außen gerichteter, verdeckter Aggression und Todesangst ($p \leq 0.10$).

Tabelle 60

Einfluß der Variable Wechsel der Medikation und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Symptomen- niveau	p	Patient			Angehöriger	
		Selbstbild		Verlauf	Fremdbild	Fremdbild
		Gruppen	WW			
1) nach außen ger. Aggr. (offen)	$p < 0.10$		+			
2) nach außen ger. Aggr. (verd.)	$p < 0.05$					+
3) nach innen ger. Aggr.	$p < 0.01$					
4) ambivalente Aggr.	$p < 0.001$					
5) Todesangst						+
6) Verletzungsangst						
7) Trennungsangst						
8) Schuldangst						
9) Schamangst						
10) diffuse Angst			++			
11) Gesamtangst		+				
12) andere Opfer			+			
13) selbst Opfer						
14) selbst Täter						
15) andere Täter						+
16) gesamte Aggr.						
17) gesamte Affekt						
18) Wortzahl			++			

Hier finden sich für Gruppe 2 mittlere Werte, hohe Werte für Gruppe 1 und niedrige Werte für Gruppe 3. In den Fremdbildern der Angehörigen scheinen sich die affektiven Zustände der Patienten also zu spiegeln.

2.5.2.1.7 Medikamenten-Kombination

Als weiteres Kriterium für die Schwierigkeit einer medikamentösen Einstellung des Patienten, also inwieweit seine Symptome auf die Medikation ansprechen, wurde die Kombination von Medikamenten genommen. Bei 15% war nur ein Medikament erforderlich, um eine ausreichende Wirkung zu erzielen, bei 52% jedoch war eine Kombination anzuwenden und bei 33% mußte außer Kombination noch ein Medikamentenwechsel vorgenommen werden.

Im Selbstbild ergeben sich Unterschiede bei den Gruppen bei

- Gesamtaggression ($p \leq 0.05$), tendenziell bei
- Gesamtangst ($p \leq 0.10$),

für Wechselwirkungen zwischen Gruppen und Verlauf tendenziell bei

- nach außen gerichteter, offener Aggression ($p \leq 0.10$) und bei
- "andere Opfer" ($p \leq 0.10$) (Tabelle 60)

Tabelle 61

Einfluß von "Medikamentenkombination" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Gesamttaggression

Mittelwerte auf Skala 16 Gesamttaggression der Gruppen A 1 bis A 3 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Med.-Komb.	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 Monotherapie	2,42	1,95	1,57
A 2 Kombination	1,99	2,11	1,96
A 3 Kombination und Wechsel	1,90	2,15	1,90

3 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Medikamenten-Kombination	2	0,02	0,026
B Zeitpunkte	2	1,16	0,684
A x B	4	0,83	0,495

Für Gesamtangst findet sich bei der Mono-Gruppe im Selbstbild vom höchsten Wert ein deutliches Absinken zum Zwischenwert, bei der Kombinationsgruppe desgleichen auf ein etwas niedrigeres Affektniveau und bei der Kombination-und-Wechsel-Gruppe zum Zwischenwert hin ein leichter Anstieg. In der postpsychotischen Phase fallen alle Gruppen ab, die Monotherapie auf den niedrigsten Wert, dann folgen Kombination-und-Wechsel-Gruppe und die Kombinations-Gruppe hat den höchsten Wert bei Entlassung. Die Mono-Gruppe fällt also vom höchsten Anfangswert auf den niedrigsten bei der Entlassung. Bei der Kombinationsgruppe ist der Effekt etwas weniger ausgeprägt und bei der Kombination-und-Wechsel-Gruppe ist der Effekt etwas weniger ausgeprägt und bei der Kombination-und-Wechsel-Gruppe ist er noch schwächer. Ähnlich ver-

hält es sich mit den Werten bei der Gesamtaggression (Tabelle 61). Wieder hat die Mono-Gruppe den höchsten Anfangswert und fällt dann am steilsten zum niedrigsten Wert bei der Entlassung ab. Die Kombinations- und Kombination-und-Wechsel-Gruppe haben niedrigere Anfangswerte, dann einen leichten Anstieg zu den Zwischenwerten, dann ein Absinken auf die Entlassungswerte, die sich wenig von den Anfangswerten unterscheiden. Bei der nach außen gerichteten, offenen Aggression hat die Mono-Gruppe nun die niedrigsten Werte - auch am Anfang der Therapie. Bei allen drei Gruppen gibt es einen leichten Anstieg zum Zwischenwert, danach ein Abfallen. Die Mono-Gruppe hat dabei die niedrigsten Werte, es folgt die Kombination-und-Wechsel-Gruppe, und die Kombinations-Gruppe hat die höchsten Werte. Bei der "andere Opfer"-Skala finden sich dieselben Ergebnisse wie bei der nach außen gerichteten, offenen Aggression.

Betrachtet man alle vier Skalen zusammen, so weisen die unterschiedlichen Anfangswerte der Gruppen darauf hin, daß hier Wechselwirkungen mit anderen Variablen noch vorliegen müssen, am ehesten mit Diagnose-Gruppen. Die Katatonie wird z.B. häufig mit nur einem Medikament behandelt. Betrachtet man die Verläufe der Affektwerte der drei Gruppen, so zeigt sich daß die Mono-Gruppe am Anfang die höchsten Affekte bei Gesamtaggression und Gesamtangst hat bei nur geringem Wert bei nach außen gerichteter offener Aggression. Die stark abfallenden Werte im Verlauf der Therapie belegen den guten Behandlungserfolg bei dieser Gruppe. Vergleicht man die Kombinations-Gruppe und die Kombination-und-Wechsel-Gruppe miteinander, so führt ein zusätzlicher Wechsel zur Kombinations-Therapie zu niedrigeren Werten bei der nach außen gerichteten, offenen Aggression, der Gesamtangst, aber wenig bei der Gesamtaggression.

Im Fremdbild des Angehörigen stellen sich Unterschiede tendenziell bei

- nach außen gerichteter, verdeckter Aggression ($p \leq 0.10$),
- Todesangst ($p \leq 0.10$),
- "andere Täter" ($p \leq 0.10$) dar.

Jeweils liegen die Werte für Mono-Therapie im Fremdbild des Angehörigen hoch, dann folgen die Kombinationsgruppe und die Kombination-und-Wechsel-Gruppe. Hier zeigen sich Zusammenhänge mit den Anfangswerten der Patienten-Gruppen im Selbstbild am Anfang der Therapie. Auch dies mag ein Hinweis auf Wechselwirkungen mit anderen Variablen sein, z.B. der Diagnosegruppierung. Betrachtet man die Ergebnisse der Variable "Anzahl der Medikamente" jetzt im Zusammenhang mit der Variable "Medikamenten-Kombination", so gibt es nun eine Erklärung dafür, warum die Patienten mit 3 und 4 Medikamenten einen schnelleren Therapieerfolg hatten. Einmal erweist sich die Kombinationsbehandlung als günstig - zumal wenn noch individuell mit Medikamentenwechsel gearbeitet wird. Sogar bei den chronifizierten Fällen bringt gelegentlich ein Medikamentenwechsel noch eine Besserung. Weiterhin erstaunte, daß die Gruppe der mit 1 oder 2 Medikamenten behandelten Patienten schlechter als die mit 3 oder 4 Medikamenten behandelten Patienten abschnitten. Nun zeigt sich, daß eine Mono-Therapie aber doch einen guten Behandlungserfolg bringt, und offenbar die Gruppe der mit nur 2 Medikamenten behandelten Patienten einen verzögerten Erfolg aufwies. Vielleicht hätte ein Wechsel der Medikation bei diesen einen schnelleren Erfolg gebracht.

2.5.2.1.8 Einstellung zur Therapie

Inwiefern eine positive oder negative Einstellung der Patienten zur Therapie vorliegt, läßt sich in der psychotischen Phase nicht sicher beurteilen. Ein großer Prozentsatz der Patienten ist der Therapie und der Aufnahme im Krankenhaus gegenüber indifferent eingestellt. Eine Gruppe flüchtet sich dorthin aus Angst vor Verfolgung und eine andere Gruppe muß dem Willen der Angehörigen folgen, ohne im Grunde die eigene Erkrankung zu erkennen und eine Behandlungsbedürftigkeit bei sich selbst feststellen zu können. 18% der Patienten folgen dennoch nicht dem Rat der Angehörigen oder behandelnden Ärzte, die eine akute Gefährdung bei Patienten feststellen, so daß trotz decidierter Einstellung der Patienten gegen die stationäre Behandlung eine Aufnahme nach dem Unterbringungsgesetz erfolgen muß. Diese Gruppe wird im Folgenden von der Gruppe der restlichen Patienten unterschieden.

Tabelle 62

Einfluß der Variablen Einstellung zur Therapie und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	p	p	p	p	Patient		Angehöriger	
					Selbstbild		Fremdbild	
					Gruppen	Verlauf	W W	Fremdbild
	*	p < .10						
	**	p < .05						
	***	p < .01						
	****	p < .001						
1)	nach	auß. ger. Aggr. (offen)						
2)	nach	auß. ger. Aggr. (verd.)						
3)	nach	innen ger. Aggr.						
4)	ambivalente	Aggr.						
5)	Todesangst			+				
6)	Verletzungsangst		+++					
7)	Trennungsangst						++++	
8)	Schuldangst							
9)	Schamangst							
10)	diffuse Angst		++					
11)	Gesamtangst							
12)	andere Opfer							++
13)	selbst Opfer							
14)	selbst Täter							
15)	andere Täter							
16)	gesamt Aggr.							
17)	gesamt Affekt			++++				
18)	Wortzahl		++					

Im Selbstbild finden sich deutliche Unterschiede in den Gruppen bei

- Verletzungsangst ($p \leq 0.01$)

und in Wechselwirkung mit Gruppen und Verlauf bei

- Gesamtaffekt ($p \leq 0.001$) und tendenziell bei

- Todesangst ($p \leq 0.10$) (Tabelle 62).

Verletzungsangst (Tabelle 63) ist bei den Unterbringungsgesetz-Patienten im Selbstbild stärker ausgeprägt als bei den Freiwilligen. Bei beiden Gruppen ist der Verlauf wellenförmig mit einem Anstieg in der psychotischen Phase und danach einem Abfall, der bei der Unterbringungsgesetz-Gruppe aber stärker ausgeprägt ist. Infolge der Zurückhaltung beziehungsweise Einlieferung gegen den Willen der Patienten ist der höhere Wert der Unterbringungsgesetz-Gruppe am Anfang und beim Zwischenwert der Verletzungsangst nachvollziehbar. Mit wieder eintretendem Realitätsbewußtsein und nachträglicher Krankheitseinsicht löst sich das Problem des

Tabelle 63

Einfluß von "Einstellung zur Therapie" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Verletzungsangst

Mittelwerte auf Skala 6 Verletzungsangst der Gruppen A 1 und A 2 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Einstellung	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 Unterbringung	0,48	0,55	0,35
A 2 freiwillig	0,44	0,51	0,43

2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Einstellung zur Therapie	1	0,00	0,002
B Zeitpunkt	2	1,79	0,828
A x B	2	0,49	0,390

Tabelle 64

Einfluß von "Einstellung zur Therapie" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Gesamtaffekt

Mittelwerte auf Skala 17 Gesamtaffekt der Gruppen A 1 und A 2 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Einstellung	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 Unterbringung	2,90	2,73	2,01
A 2 freiwillig	2,93	2,06	2,65

2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Einstellung zur Therapie	1	1,09	0,699
B Zeitpunkt	2	2,39	0,903
A x B	2	0,00	0,000

Tabelle 65

Einfluß von "Einstellung zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Patienten
(Fremdbild) für Trennungsangst

Mittelwerte auf Skala 7 Trennungsangst der Gruppen A 1 und A 2			
Einstellung			
A 1	Unterbringung	0,44	
A 2	freiwillig	1,02	
T - Test			
Quelle	DF	T	P
zwischen den Gruppen	40	-4,73	0,00

Tabelle 66

Einfluß von "Einstellung zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen
(Fremdbild) für andere Opfer

Mittelwerte auf Skala 12 andere Opfer der Gruppen A 1 und A 2			
Einstellung			
A 1	Unterbringung	1,42	
A 2	freiwillig	1,78	
T - Test			
Quelle	DF	T	P
zwischen den Gruppen	33	-2,41	0,021

Aufenthaltes wider Willen für den Patienten auf, weshalb der Affektwert gegen Ende der Therapie so deutlich abfallen mag. Todesangst ist ebenfalls bei der Unterbringungsgesetz-Gruppe stärker als bei der Freiwilligen-Gruppe ausgeprägt. Bei der Unterbringungsgesetz-Gruppe fällt er jedoch mit abklingender Psychose steil ab und bleibt bis zum Therapie-Ende hin praktisch unverändert, während die Freiwilligen-Gruppe einen kontinuierlichen Abfall zeigt. Gesamtaffekt (Tabelle 64) zeigt - anders als bei den anderen Affekten - durchwegs höhere Werte für die Freiwilligen-Gruppe und niedrigere für die Unterbringungsgesetz-Gruppe, bei gemeinsamem leichtem Anstieg in der psychotischen und Absinken in der postpsychotischen Phase. Dieses zunächst widersprüchlich erscheinende Ergebnis, daß die nach Gerichtsbeschluß untergebrachten Patienten niedrigere Affektwerte als die freiwillig untergebrachten Patienten haben, mag so zu interpretieren sein, daß bei der Untergebrachten-Gruppe nicht so sehr das Ausmaß von ungesteuerten Affekten der Grund der Aufnahme ist, sondern eher eine größere Störung der Realitätswahrnehmung mit entsprechenden schwerwiegenden Folgen wie Unberechenbarkeit oder auch größere Hilflosigkeit.

Im Fremdbild des Patienten kommen deutliche Unterschiede bei - Trennungsangst zur Darstellung ($p \leq 0.001$) (Tabelle 65) und im Fremdbild des Angehörigen bei - "andere Opfer" ($p \leq 0.05$) (Tabelle 66).

Bei Trennungsangst und "andere Opfer" hat die Freiwilligen-Gruppe im Fremdbild des Angehörigen höhere Werte als bei Gesamtaffekt im Selbstbild.

2.5.2.1.9 Isolierung

Bei ausgeprägten aggressiven Verhaltensstörungen wie bei psychotischen Erregungszuständen, die eine Selbstgefährdung oder Gefährdung der Mitpatienten bedeutet hätten, mußten die Patienten isoliert werden. Dies mußte größtenteils in den ersten Tagen der stationären Behandlung erfolgen, meist nur Stunden, eine Nacht und selten einen Tag. Dies war bei 71% der Patienten erforderlich, und 29% brauchten nie isoliert zu werden.

Tabelle 67

Einfluß der Variablen Isolierung und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	Patient				Angehöriger	
	Selbstbild			Fremdbild	Fremdbild	Fremdbild
	Gruppen	Verlauf	W W			
1) nach auß.ger.Aggr.(offen)						
2) nach auß.ger.Aggr.(verd.)						
3) nach innen ger. Aggr.			++			
4) ambivalente Aggr.						
5) Todesangst						
6) Verletzungsangst						
7) Trennungsangst						
8) Schuldangst			++			
9) Schamangst	+					
10) diffuse Angst		++				
11) Gesamtangst						
12) andere Opfer						
13) selbst Opfer						
14) selbst Täter				+		
15) andere Täter						
16) gesamt Aggr.						
17) gesamt Affekt						
18) Vortrzahl		++				

Bei den Wechselwirkungseffekten zwischen Gruppen und Verlauf ergaben sich Unterschiede bei der

- nach innen gerichteten Aggression ($p \leq 0.05$),
- Schuldangst ($p \leq 0.05$) und tendenziell bei
- Schamangst ($p \leq 0.10$) (Tabelle 67)

Nach innen gerichtete Aggression (Tabelle 68) ist bei den Isolierten im Selbstbild weniger ausgeprägt als bei der anderen Gruppe. Dies Ergebnis mag bedeuten, daß die Isolierten-Gruppe weniger autoaggressiv gefährdet ist und über andere Aggressionsformen verfügt, die z.B. in Erregungszuständen zum Ausdruck kommen, wobei solche Patienten dann in Separation die Aggression entladen können und ein im Durchschnitt niedrigeres Affektniveau aufweisen. Bei der Schuldangst (Tabelle 69) hat die Isolierten-Gruppe einen höheren Anfangswert, dann einen leichten Abfall zum Zwischenwert, danach einen starken Abfall. Bei der anderen Gruppe ist ein Anstieg in der psychotischen Phase zu ver-

Tabelle 68

Einfluß von "Isolierung" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten
(Selbstbild) für nach innen gerichtete Aggression

Mittelwerte auf Skala 3 nach innen gerichtete Aggression der Gruppen A 1 und A 2 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Isolierung	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 Isolierung	0,88	0,98	1,00
A 2 keine Isolierung	1,01	1,10	1,15

2 x 3 Varianzanalyse mit Messzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Isolierung	1	1,05	0,691
B Zeitpunkt	2	0,78	0,540
A x B	2	0,01	0,013

Tabelle 69

Einfluß von "Isolierung" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten
(Selbstbild) für Schuldangst

Mittelwerte auf Skala 8 Schuldangst der Gruppen A 1 und A 2 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Isolierung	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 Isolierung	0,76	0,73	0,55
A 2 keine Isolierung	0,72	0,75	0,53

2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Isolierung	1	0,01	0,109
B Zeitpunkt	2	3,61	0,969
A x B	2	0,03	0,036

zeichnen, dann ein steiler Abfall. Ein ähnliches Ergebnis zeigen die Werte der Schamangst: Einen kontinuierlich abfallenden Wert bei der Isolierten-Gruppe und einen Anstieg in der psychotischen Phase in der Nicht-Isolierten-Gruppe und danach ein steiles Abfallen. Im Gegensatz zu den Nicht-Isolierten hat die Isolierten-Gruppe bei beiden Angstarten kontinuierlich abfallende Werte. Offenbar sind die Erregungszustände angst- und aggressionsmindernd. Zusätzlich führt die Isolierung dann vielleicht auch dazu, daß diese Aggressionen ausgetobt werden können ohne zusätzlich Konflikte mit der Umgebung, den Mitpatienten in Kauf nehmen zu müssen, was mit Schuld- und Schamgefühlen für die Patienten verbunden wäre. Im Fremdbild der Patienten finden sich wiederum für die Isolierten-Gruppe die niedrigsten Werte.

2.5.2.1.10 Kontakt zu den Angehörigen

Als Kriterium des Kontaktes zu den Angehörigen wurden persönliche Besuche oder Telefongespräche gewertet. Als reger Kontakt wurden 2 wöchentliche Kontakte zwischen den Patienten und den Angehörigen angesehen. 38% hatten regen Kontakt, 62% wenig Kontakt.

Im Selbstbild differenziert nach Gruppen

- Schuldangst ($p \leq 0.05$)

und nach Wechselwirkung zwischen Gruppen und Verlauf tendenziell

- Trennungsangst ($p \leq 0.10$) und

- diffuse Angst ($p \leq 0.10$) (Tabelle 70)

Bei Schuldangst und Trennungsangst ergeben sich im Selbstbild gegenläufige Befunde: Trennungsangst steigt in der Behandlung an, Schuldangst sinkt. Trennungsangst weist dabei für die kontaktarme und kontaktreiche Gruppe in der psychotischen und postpsychotischen Zeitspanne gleichermaßen einen Anstieg auf. Allerdings hat die kontaktarme Gruppe einen durchschnittlich höheren Wert als die kontaktreiche. Die lange Abwesenheit von zu Hause führt wohl bei beiden Gruppen und das Desinteresse der Angehörigen bei der kontaktarmen

Tabelle 70

Einfluß der Variablen Kontakt zu den Angehörigen und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	+	p < .10 ++ p < .05 +++ p < .01 ++++ p < .001	Patient			Angehöriger	
			Selbstbild		Freundbild	Freundbild	
			Gruppen	Verlauf			
				W W			
			1) nach auß. ger. Aggr. (offen)				+
			2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)				
			3) nach innen ger. Aggr.				
			4) ambivalente Aggr.				
			5) Todesangst				
			6) Verletzungsangst				
			7) Trennungsangst		+		
			8) Schuldangst	++		+	
			9) Schamangst				
			10) diffuse Angst	++	+	+	++
			11) Gesamtangst			++	
			12) andere Opfer				+
			13) selbst Opfer			+	
			14) selbst Täter				+
			15) andere Täter				
			16) gesamt Aggr.				+
			17) gesamt Affekt			+	
			18) Wortzahl	++			+

Gruppe zu einem Anstieg dieser Angstart. Schuldangst (Tabelle 71) hingegen wird im Therapieverlauf für beide Gruppen schwächer, allerdings wieder in unterschiedlichem Ausmaß. Der Anfangswert in der Psychose ist für die kontaktarme Gruppe hoch und fällt wieder ab, während die kontaktreiche Gruppe von einem niedrigeren Wert zunächst einen Anstieg aufweist. In der psychotischen Phase fallen die Werte der beiden Gruppen ab, wobei am Ende die kontaktarme Gruppe auf einem niedrigeren Wert als die andere Gruppe liegt. Offensichtlich führt also der gute Kontakt der 2. Gruppe in der psychotischen Phase zu einem Anstieg der Schuldangst. Vielleicht ist dies so zu erklären, daß durch die häufigen Kontakte mit den Angehörigen, also den Personen, die die Ereignisse in der psychotischen Phase vor der stationären Aufnahme unmittelbar miterlebten, der Patient häufiger von diesen beschämenden und peinlichen Ereignissen in Kenntnis gesetzt wird als die selten besuchten Patienten und sich damit mehr

Tabelle 71

Einfluß von "Kontakt zu den Angehörigen" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Schuldangst

Mittelwerte auf Skala 8 Schuldangst der Gruppen A 1 und A 2 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Kontakt	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 selten Kontakt	0,80	0,71	0,52
A 2 regelmäßig Kontakt	0,67	0,70	0,58

2 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	P
A Kontakt zu den Angehörigen	1	0,00	0,021
B Zeitpunkt	2	3,67	0,071
A x B	2	0,83	0,504

Tabelle 72

Einfluß von "Kontakt zu den Angehörigen" auf Ausmaß der Affekte der Patienten (Fremdbild) für Gesamtangst

Mittelwerte auf Skala 11 Gesamtangst der Gruppen A 1 und A 2			
Kontakt zu den Angehörigen			
A 1 selten Kontakt		2,11	
A 2 regelmäßig Kontakt		1,80	

T - Test			
Quelle	DF	T	P
zwischen den Gruppen	1	2,12	0,043

Tabelle 73

Einfluß von "Kontakt zu den Angehörigen" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für diffuse Angst

Mittelwerte auf Skala 10 diffuse Angst der Gruppen A 1 und A 2			
Kontakt zu den Angehörigen			
A 1	selten Kontakt	0,88	
A 2	regelmäßiger Kontakt	0,65	
T - Test			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	73	2,13	0,037

auseinandersetzen muß. Aber auch eine andere Erklärungs-
möglichkeit ist denkbar, die vom niedrigen Anfangswert der
kontaktniederer Gruppe ausgeht. Vielleicht bedeutet die
Einbettung des Patienten in die Psychodynamik seines sozia-
len Umfeldes eine Entlastung von Schuldangst (was den
Angst-Anstieg in der stationären Therapie angeht). Diffuse
Angst nimmt zwischen den beiden anderen Angstarten eine
Zwischenstelle ein: Einerseits gibt es wie bei der Tren-
nungsangst einen deutlichen Unterschied in den Angstwerten:
die kontaktarme Gruppe hat höhere Durchschnittswerte, als
die kontaktreiche. Andererseits findet sich - wie bei der
Schuldangst bei der kontaktreichen Gruppe wieder zunächst
ein Anstieg, erst dann ein Abfall. Die Werte der kontakt-
armen Gruppe bei diffuser Angst bleiben praktisch unver-
ändert.

Im Fremdbild der Patienten differenziert

- Gesamtangst ($p < 0.05$) (Tabelle 72) und tendenziell
- Gesamtaffekt ($p < 0.10$),
- diffuse Angst ($p < 0.05$) (Tabelle 73),
- Schuldangst ($p < 0.10$)
- "selbst Opfer" ($p < 0.10$).

Für alle Werte finden sich in der kontaktarmen Gruppe höhere
Werte.

Im Fremdbild der Angehörigen ergeben sich Unterschiede bei

- diffuser Angst ($p \leq 0.05$) tendenziell bei
- Gesamtaggression ($p \leq 0.10$),
- nach außen gerichteter Aggression ($p \leq 0.10$),
- "andere Opfer" ($p \leq 0.10$),
- "selbst Täter" ($p \leq 0.10$),
- Wortzahl ($p \leq 0.10$).

Diffuse Angst ist bei den Angehörigen der kontaktarmen Gruppe im Fremdbild höher als bei der kontaktreichen Gruppe. Hingegen liegen die Werte der anderen Affekte bei den Angehörigen der kontaktreichen Gruppe höher. Vielleicht sind die niedrigen Affektwerte der kontaktarmen Gruppe auf die loseren Beziehungen zu den Angehörigen zurückzuführen, so daß hier weniger affektive Spannungen herrschen. Der den Patienten unterstellte hohe Aggressionswert in der Gruppe der kontaktreichen paßt dann zum Befund einer Fehleinschätzung der Patienten von den Angehörigen, wie im Abschnitt der Vergleiche der Selbst- und Fremdbilder erläutert wird.

2.5.2.1.11 Dauer des Aufenthaltes

Die Stationäre Behandlung dauerte mindestens 3 Wochen. Teilweise wurden Patienten aber auch über 20 Wochen auf der Station behandelt und dann auf chronische Stationen verlegt. 48% der Patienten waren bis 6 Wochen, 26% 6 bis 12 Wochen und 26% über 12 Wochen auf der Station.

Im Selbstbild ergeben sich bei

- Schamangst Gruppenunterschiede ($p \leq 0.05$) (Tabelle 74/75).

Die 6-Wochen-Gruppe hatte den niedrigsten Anfangswert, der in der psychotischen Phase gleichblieb. Die über-12-Wochen-Gruppe hat die höchsten Werte in der psychotischen Phase, die 12-Wochen-Gruppe liegt dazwischen, beide Gruppen haben in der psychotischen Phase einen Abfall der Affektwerte. In der postpsychotischen Phase fallen die Affektwerte der drei Gruppen, und zwar der der über-12-Wochen-Gruppe am steilsten vom höchsten Zwischenwert, auf den niedrigsten Entlassungswert. Der Entlassungswert der 6-Wochen-Gruppe ist der höchste, dazwischen liegt der der 12-Wochen-Gruppe. Die unterschiedlichen Anfangswerte weisen auf Wechselwir-

Tabelle 74

Einfluß der Variablen Dauer des Aufenthaltes und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	Patient	Angehöriger			
		Selbstbild			Fremdbild
		Gruppen	Verlauf	W W	
* p < .10					
** p < .05					
*** p < .01					
**** p < .001					
	1) nach auß. ger. Aggr. (offen)				
	2) nach auß. ger. Aggr. (verd.)				
	3) nach innen ger. Aggr.				
	4) ambivalente Aggr.				
	5) Todesangst				
	6) Verletzungsangst				
	7) Trennungsangst				
	8) Schuldangst				++
	9) Schamangst	++			
	10) diffuse Angst		++		
	11) Gesamtangst				
	12) andere Opfer				
	13) selbst Opfer				
	14) selbst Täter				
	15) andere Täter				
	16) Gesamt Aggr.				
	17) Gesamt Affekt				
	18) Wortzahl		++		

kungseffekte mit anderen Variablen hin, z.B. der Diagnose-
 gruppierung. Mit Zunahme der Behandlungsdauer nehmen die
 Affektwerte bei der Entlassung ab. - Aus dem steilen Ab-
 fallen der Affektwerte der über-12-Wochen-Gruppe in der
 psychotischen Phase kann auf die Notwendigkeit einer indi-
 viduell ausgerichteten Medikation geschlossen werden, die
 auch noch nach längerer Zeit zu einer Besserung der
 Symptomatik führen kann.

Im Fremdbild der Angehörigen fanden sich Unterschiede
 bei den Gruppen hinsichtlich der

- Trennungsangst ($p < 0.05$) (Tabelle 76).

Niedrige Werte hat hier die 6-Wochen-Gruppe, die höchsten
 die 12-Wochen-Gruppe und mittlere die über-12-Wochen-Gruppe.
 Eine deutliche Zunahme in der Trennungsangst ist also von
 der 6-Wochen-Behandlung zur 12-Wochen-Behandlung zu ver-
 zeichnen.

Tabelle 75

Einfluß von "Dauer des Aufenthaltes" auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der Patienten (Selbstbild) für Schamangst

Mittelwerte auf Skala 9 Schamangst der Gruppen A 1 bis A 3 bei den Zeitpunkten B 1 bis B 3			
Meßzeitpunkt Dauer d. Auf.	B 1 Aufnahme	B 2 Mitte	B 3 Entlass.
A 1 bis 6 Wochen	1,07	1,07	0,99
A 2 6 bis 12 Wochen	1,12	1,06	0,98
A 3 über 12 Wochen	1,20	1,14	0,85

3 x 3 Varianzanalyse mit Meßzeitwiederholung auf dem 2. Faktor			
Quelle	DF	F	p
A Dauer des Aufenthaltes	2	0,02	0,925
B Zeitpunkt	2	0,17	0,834
A x B	4	0,11	0,937

Tabelle 76

Einfluß von "Dauer des Aufenthaltes" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für Trennungsangst

Mittelwerte auf Skala 7 Trennungsangst der Gruppen A 1 bis A 3	
Dauer des Aufenthaltes	
A 1 bis 6 Wochen	0,64
A 2 6 bis 12 Wochen	0,58
A 3 über 12 Wochen	0,71

Quelle	
zwischen den Gruppen	0,11

Tabelle 77
Einfluß der Variable Schwere der Symptomatik und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanz- niveau	+	++	+++	****	Patient				Angehöriger	
					Selbstbild			Fremdbild		Fremdbild
					Gruppen	Verlauf	W W			
1)	nach auß.ger.Aggr.(offen)									
2)	nach auß.ger.Aggr.(verd.)									+
3)	nach innen ger. Aggr.									
4)	ambivalente Aggr.									
5)	Todesangst									++
6)	Verletzungsangst									
7)	Trennungsangst									
8)	Schuldangst									
9)	Schamangst									
10)	diffuse Angst					++				
11)	Gesamtangst									
12)	andere Opfer									
13)	selbst Opfer									
14)	selbst Täter									
15)	andere Täter									+
16)	gesamt Aggr.									
17)	gesamt Affekt									
18)	Wortzahl					++				

2.5.2.1.12 Schwere der Symptomatik

Diese zusammenfassende Skala wurde aus Werten der Einstellung zur Therapie, Isolierung, Kontakt zu den Angehörigen, Anzahl und Kombination von Medikamenten gebildet, anschließend wurde eine Dichotomisierung in eine leicht erkrankte Gruppe (29%) und eine schwer erkrankte Gruppe (71%) vorgenommen.

Gruppenunterschiede stellten sich bei den Selbst- und Fremdbildern der Patienten nicht dar, nur Verlaufsänderungen (Tabelle 77) (siehe dazu Kapitel 2.5.2.2). Allerdings gab es im Fremdbild d. Angehörigen Gruppenunterschiede bei

- Todesangst ($p \leq 0.05$) (Tabelle 78), tendenziell bei
- nach außen gerichteter Aggression ($p \leq 0.10$) und
- "andere Täter" ($p \leq 0.10$).

Jeweils zeigten die Affekte der schwer erkrankten Gruppe im Fremdbild der Angehörigen niedrigere Werte an, was ein Hinweis auf eine aggressionsgehemmte Schonhaltung der Angehörigen diesen Patienten gegenüber ausdrücken mag.

Tabelle 78

Einfluß von "Schwere der Symptomatik" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für Todesangst

Mittelwerte auf Skala 5 Todesangst der Gruppen A 1 und A 2			
Schwere der Symptomatik			
A 1	schwer Erkrankte	0,45	
A 2	leicht Erkrankte	0,61	
T - Test			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	66	-2,40	0,019

2.5.2.1.13 Einstellung des Angehörigen zur Therapie

Die Einstellung des Angehörigen zur Therapie war größtenteils positiv. Nur 5% der Angehörigen sprachen sich gegen die Therapie aus. Die anderen waren der Therapie gegenüber positiv eingestellt. 48% hatten den Patienten auf Zureden zur Aufnahme gebracht bzw. ihn gegen seinen Willen einliefern lassen, so daß hier von einer aktiven Einstellung für die Therapie ausgegangen werden kann. 47% hatten eine positive aber nicht aktive Einstellung zur Therapie.

Im Fremdbild der Angehörigen (Tabelle 79) fanden sich signifikante Gruppenunterschiede für

- nach außen gerichtete, offene Aggression ($p \leq 0.01$) (Tab. 81),
- nach außen gerichtete, verdeckte Aggression ($p \leq 0.05$) (T. 80),
- "selbst Täter" ($p \leq 0.05$) (Tabelle 84),
- "selbst Opfer" ($p \leq 0.05$) (Tabelle 83),
- Schamangst ($p \leq 0.05$) (Tabelle 82),
- Wortzahl ($p \leq 0.01$) (Tabelle 85),

sowie tendenziell für

- nach innen gerichtete Aggression ($p \leq 0.10$),
- ambivalente Aggression ($p \leq 0.10$),
- "andere Opfer" ($p \leq 0.10$), und
- Verletzungsangst ($p \leq 0.10$).

Tabelle 80

Einfluß von "Einstellung der Angehörigen zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Patienten (Fremdbild) für nach außen gerichtete verdeckte Aggression

Mittelwerte auf der Skala 2 nach außen gerichtete verdeckte Aggression der Gruppen A 1 bis A 3	
Einstellung der Angeh.zur The.	
A 1 befürwortend	0,71
A 2 aktiv befürwortend	1,11
A 3 ablehnend	0,66

Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	4,53	0,017

Tabelle 81

Einfluß von "Einstellung der Angehörigen zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für nach außen gerichtete offene Aggression

Mittelwerte auf der Skala 1 nach außen gerichtete offene Aggression der Gruppen A 1 bis A 3	
Einstellung der Angeh.zur The.	
A 1 befürwortend	0,93
A 2 aktiv befürwortend	0,93
A 3 ablehnend	1,95

Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	5,38	0,007

Tabelle 82

Einfluß von "Einstellung der Angehörigen zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für Schamangst

Mittelwerte auf der Skala 9 Schamangst für die Gruppen A 1 bis A 3			
Einstellung der Angeh. zur The.			
A 1 befürwortend		0,76	
A 2 aktiv befürwortend		0,63	
A 3 ablehnend		1,15	
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	3,53	0,033

Tabelle 83

Einfluß von "Einstellung der Angehörigen zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für selbst Opfer

Mittelwerte auf Skala 13 selbst Opfer für die Gruppen A 1 bis A 3			
Einstellung der Angeh. zur The.			
A 1 befürwortend		0,68	
A 2 aktiv befürwortend		0,96	
A 3 ablehnend		1,27	
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	3,904	0,024

Tabelle 84

Einfluß von "Einstellung der Angehörigen zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für selbst Täter

Mittelwerte auf Skala 14 Einstellung der Angehörigen zur Therapie der Gruppen A 1 bis A 3			
Einstellung der Angeh. zur The.			
A 1 befürwortend	0,96		
A 2 aktiv befürwortend	0,97		
A 3 ablehnend	2,10		
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	6,39	0,003

Tabelle 85

Einfluß von "Einstellung der Angehörigen zur Therapie" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für Wortzahl

Mittelwerte auf Skala 18 Wortzahl der Gruppen A 1 bis A 3			
Einstellung der Angeh. zur The.			
A 1 befürwortend	498		
A 2 aktiv befürwortend	596		
A 3 ablehnend	769		
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	2	6,33	0,003

situationsbedingt sein (Ärger bei Konfrontation mit dem Arzt und der Station) oder ein Hinweis auf eine eigene psychische Erkrankung (folie à deux u.a., siehe unten).

Vergleicht man die beiden anderen Gruppen miteinander, die Gruppe der befürwortenden und der aktiv befürwortenden Angehörigen, so findet man im Fremdbild der aktiv-befürwortenden Angehörigen hohe Werte für nach innen gerichtete Aggression, ambivalente Aggression, selbst Opfer und niedrige Werte für nach außen gerichtete, verdeckte Aggression und andere Opfer. Sie schreiben den Patienten hohe Werte an Verletzungsangst und niedrige bei Schamangst zu. Die Wortzahl ist in dieser Angehörigen-Gruppe höher, als in der passiv-befürwortenden Gruppe. Hauptgrund für die aktive Einstellung zur Therapie dieser Angehörigen ist, daß sie dem Patienten ein hohes Maß an Autoaggression unterstellen und ihn als Schutzlosen gegenüber von außen auf ihn einwirkenden Aggressionen erleben. Sie erhoffen sich vielleicht am ehesten Beaufsichtigung und Beruhigung für den Patienten.

Es werden nun noch zum Vergleich die Selbstbilder der Patienten hinzugezogen, die dieser Angehörigen-Gruppierung entsprechen. Die Variable

- Verletzungsangst zeigt deutliche Gruppenunterschiede ($p < 0.05$) (Tabelle 79) auf.

Bei der Gruppe der Patienten, deren Angehörige sich so aktiv für die Aufnahme einsetzten, liegt der Anfangswert der Verletzungsangst nicht wie im Fremdbild der Angehörigen hoch, sondern niedriger und fällt bei der Entlassung noch weiter ab. Allerdings kommt es in der psychotischen Phase zu einem Anstieg auf einen höheren Wert als bei der Gruppe der Nicht-Aktiven. Dieser Wert entspricht in etwa dem im Fremdbild der Angehörigen. Vielleicht ist der niedrige Anfangswert dieser Gruppe auf eine Angstentlastung bei der Aufnahme zurückzuführen, wobei dieser Effekt in der psychotischen Phase auf der Station dann nachläßt.

Tabelle 86

Einfluß der Variable psychische Krankheit der Angehörigen und der Instruktionsarten auf die Affekte der Patienten und der Angehörigen

Signifikanzniveau	p < .10 p < .05 p < .01 p < .001	Patient				Angehöriger	
		Selbstbild			Fremdbild	Fremdbild	
		Gruppen	Verlauf	W W			
1)		nach auß. ger. Aggr. (offen)					
2)		nach auß. ger. Aggr. (verd.)					
3)		nach innen ger. Aggr.			+++		++
4)		ambivalente Aggr.					
5)		Todesangst					
6)		Verletrungsangst					
7)		Trennungsangst			++		
8)		Schuldangst					
9)		Schamangst					
10)		diffuse Angst					
11)		Gesamtangst					
12)		andere Opfer					
13)		selbst Opfer					
14)		selbst Täter					
15)		andere Täter					
16)		gesamt Aggr.					
17)		gesamt Affekt					
18)		wortstabil					

2.5.2.1.14 Psychische Krankheit des Angehörigen

Aufgrund der auffallenden Werte der kleinen Extremgruppe der die Therapie ablehnenden Angehörigen wurde zusätzlich die Variable der psychischen Krankheiten des Partners mit einbezogen. Die Information stammte selbst vom Angehörigen, daß er stationär im Psychiatrischen Landeskrankenhaus behandelt worden war: 8% der Angehörigen hatten stationäre Aufenthalte.

Im Fremdbild der Angehörigen gab es Unterschiede bei der
 - nach innen gerichteten Aggression ($p \leq 0.05$) (Tabellen 86 und 89) zu verzeichnen. Die psychisch kranken Angehörigen gaben im Fremdbild dem Patienten höhere Werte für die
 - nach innen gerichtete Aggression.

Im Fremdbild der Patienten ergaben sich Unterschiede ebenfalls bei der

- nach innen gerichteten Aggression ($p \leq 0.05$) (Tabelle 87)
 - und bei Trennungsangst ($p \leq 0.01$) (Tabelle 88).

Tabelle 87

Einfluß von "psychische Krankheit der Angehörigen" auf Ausmaß der Affekte der Patienten (Fremdbild) für nach innen gerichtete Aggression

Mittelwerte auf Skala 3 nach innen gerichtete Aggression der Gruppen A 1 und A 2			
psychische Krht.d.Angenh.			
A 1 gesund		0,85	
A 2 psychisch krank		0,47	
T - Test			
Quelle	DF	T	P
zwischen den Gruppen	14	3,25	0,005

Tabelle 88

Ausmaß von "psychische Krankheit der Angehörigen" auf Ausmaß der Affekte der Patienten (Fremdbild) für Trennungsangst

Mittelwerte auf Skala 7 Trennungsangst der Gruppen A 1 und A 2			
psychische Krht.d.Angenh.			
A 1	gesund	0,97	
A 2	psychisch krank	0,50	
T - Test			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	7	2,1	0,02

Tabelle 89

Einfluß von "psychische Krankheit der Angehörigen" auf Ausmaß der Affekte der Angehörigen (Fremdbild) für nach innen gerichtete Aggression

Mittelwerte auf Skala 3 nach innen gerichtete Aggression der Gruppen A 1 und A 2			
psychische Krht.d.Anggeh.			
A 1 gesund		0,39	
A 2 psychisch krank		0,60	
Varianzanalyse			
Quelle	DF	F	P
zwischen den Gruppen	1	4,23	0,041

Auffallend ist, daß die Patienten, deren Angehörige psychisch krank sind, dem Angehörigen im Fremdbild einen hohen Wert an nach innen gerichteter Aggression zuschreiben, während diese ihnen einen niedrigen Affektwert an nach innen gerichteter Aggression zuschreiben und auch weniger Trennungsangst. Es ist eben in der Partnerschaft von dem psychisch-kranken Angehörigen mit dem Patienten zur Zeit der Erkrankung des Patienten der Angehörige der Gesundere. Bei beiden ist aber offenbar das Ausmaß an nach innen gerichteter Aggression maßgebend für den derzeitigen Gesundheitszustand.

2.5.2.2 Effekte der Sozialdaten auf die Affektwerte im Selbstbild der Patienten im Verlauf

Bei der Abhandlung der Gruppenunterschiede der einzelnen Sozialvariablen auf den Affektskalen im Hinblick auf die Selbstbild- und Fremdbildinstruktion waren im vorausgegangenen Abschnitt zunächst Verlaufsänderungen bei den Selbst-

bildern ausgespart worden. Diese sollen nun gesondert betrachtet werden. In Tabelle 90 sind die Einflüsse der Sozialvariablen auf die Affektänderungen im Verlauf aufgeführt: Für jede Affektskala sind diejenigen Sozialvariablen angegeben, die signifikante Effekte machen. Teils handelt es sich um reine Verlaufsänderungen, teils um Wechselwirkungen mit Gruppeneffekten. In Tabelle 91 sind die Affektänderungen von Selbstbild 1 bis 3 abzulesen.

Verlaufsänderungen ergeben sich bei

- Wortzahl und diffuser Angst für die meisten der Sozialvariablen und meist bei $p \leq 0.05$

(Diagnose, Schicht, Alter, Einstellung zur Therapie, Anzahl der Medikamente, Isolierung, Kontakt zu den Angehörigen, Dauer des Aufenthaltes, Schwere der Symptomatik, berufliches Umfeld nach der Entlassung).

- Diffuse Angst

steigt hier zunächst vom Aufnahmezeitpunkt an bis zum Abklingen der Psychose, fällt danach leicht ab. Die

- Wortzahl

steigt stetig an.

Des weiteren gibt es Verlaufsänderungen in Wechselwirkung mit Gruppenunterschieden bei neun weiteren Affektskalen und zwar

- bei Todesangst tendenziell ($p \leq 0.10$) mit Einstellung des Patienten zur Therapie - hier findet sich ein konstanter Wert in der psychotischen Phase, danach ein Abfallen,
- bei Gesamtangst ($p \leq 0.05$) mit Anzahl der Medikamente - wiederum ein konstanter Wert in der psychotischen Phase, danach ein Abfallen,
- bei nach außen gerichteter, offener Aggression tendenziell ($p \leq 0.10$) mit Medikamentenwechsel - der Verlauf ist hier durch ein Ansteigen zum mittleren Meßzeitpunkt gekennzeichnet, danach ein Abfallen,
- bei nach innen gerichteter Aggression mit Diagnose ($p \leq 0.01$)
- und Isolierung ($p \leq 0.05$) - mit steter Zunahme über die 3 Meßzeitpunkte,
- bei Trennungsangst tendenziell ($p \leq 0.10$) mit Kontakt zu den Angehörigen - mit stetem Anstieg der Affektwerte,
- bei Schamangst ($p \leq 0.05$) mit Anzahl der Medikamente - mit stetem Absinken der Werte,

Tabelle 90
Einfluß der einzelnen Sozialdaten
auf den Verlauf der Affekte der
Patienten sowie Wechselwirkungs-
effekte (Selbstbilder)

	Diagnose	Sex	Alter	Einstellung	Med. Anzahl	Med. Wechsel	Isolierung	Kontakt z. Ang	Dauer Schub	Dauer Aufenth.	Schwere Sympt.	Umfeld n.E.berufl.	Umfeld n.E.priv	Angehö. Einstel.	Angehö. psych.k.
1) nach auß. Ger. AGER. (offen)						(+)									
2) nach auß. Ger. AGER. (verd.)															
3) nach innen Ger. AGER.	(**)						(**)								
4) ambivalente AGER.															
5) Todesangst				(*)											
6) Verletzungsangst								(*)							
7) Trennungsangst								(*)							
8) Schuldangst															
9) Schamangst					(*)										
10) diffuse Angst					(*)										
11) Gesamtangst					(*)										
12) andere Opfer						(+)									
13) selbst Opfer															
14) selbst Täter															
15) andere Täter															
16) Gesamt AGER.															
17) Gesamt Affekt				(***)	(*)										
18) Wortzahl	**	**	**	**	**	**	**	**		**	**	**			

Tabelle 91
Einfluß der einzelnen Sozialdaten auf Ausmaß und Verlauf der Affekte der
Patienten sowie Wechselwirkungseffekte (Selbstbilder)

	P	S 1	S 2	S 3	Einfluß der Sozialvariablen
1) nach auß.Ger.AEGR.(offen)	$\leq 0,10$	0,98	1,10	1,04	Wechsel der Medikation (WW)
2) nach auß.Ger.AEGR.(verd.)					
3) nach innen Ger. AEGR.	$\leq 0,01$	0,92	1,02	1,05	Diagnose, Isolierung (WW)
4) ambivalente AEGR.					
5) Todesangst	$\leq 0,10$	0,75	0,55	0,47	Einstellung zur Therapie (WW)
6) Verletzungsangst					
7) Trennungsangst	$\leq 0,10$	0,74	0,79	0,86	Kontakt zu den Angehörigen (WW)
8) Schuldangst	$\leq 0,05$	0,75	0,74	0,54	Isolierung (WW)
9) Schamangst	$\leq 0,05$	1,15	1,08	0,93	Anzahl der Medikation (WW)
10) diffuse Angst	$\leq 0,05$	0,76	0,79	0,78	Mehrzahl der Sozialvariablen (Verlauf)
11) Gesamtangst	$\leq 0,05$	2,06	2,00	1,75	Anzahl der Medikation (WW)
12) andere Opfer	$\leq 0,10$	1,14	1,21	1,13	Wechsel der Medikation (WW)
13) selbst Opfer					
14) selbst Täter					
15) andere Täter					
16) Gesamt AEGR.					
17) Gesamt Affekt	$\leq 0,001$	2,88	2,91	2,60	Einstellung zur Therapie, Anzahl der Med. (WW)
18) Wortzahl	$\leq 0,05$	462	468	470	Mehrzahl der Sozialvariablen (Verlauf)

- bei "andere Opfer" tendenziell ($p \leq 0.10$) mit Wechsel der Medikamente - mit leichtem Anstieg zum postpsychotischen Wert, dann ein Abfallen,
- bei Gesamtaffekt mit Einstellung des Patienten zur Therapie ($p \leq 0.001$) und
- mit Anzahl der Medikamente tendenziell ($p \leq 0.10$) - hier gibt es einen leichten Anstieg, dann ein Abfallen der Affektwerte.

Über die Effekte der Sozialdaten auf die Affektwerte der Patienten im Verlauf ist zu sagen, daß auf den Angstskalen ein Abfallen der Affekte auftritt; und zwar fällt Schamangst kontinuierlich ab und Schuldangst, Gesamtangst, diffuse Angst und Gesamtaffekt erst postpsychotisch nach zunächst kaum veränderten Werten in der psychotischen Phase.

Überraschend war der Befund, daß die

- nach innen gerichtete Aggression unter Kontrolle der Sozialvariablen im stationären Verlauf anstieg, sich aber - ohne die Einwirkung der Sozialdaten (Abschnitt 5.1.1) - eine Abnahme der
- nach außen gerichteten, verdeckten Aggression und "andere Täter" feststellen ließ. Hier nun ergab sich ein Anstieg der
- nach innen gerichteten Aggression für die Sozialvariablen Isolierung und Diganose-Gruppen.

Unter 5.2.1.7 war beschrieben worden, daß die Patienten-gruppe, die durch offene aggressive Handlungen auffiel, und die deshalb kurze Zeit isoliert werden mußte, wenig

- nach innen gerichtete Aggression aufwies. Wird der Einfluß der Variable Isolierung kontrolliert, zeigt sich nun für schizophrene Untergruppen insgesamt eine Zunahme der
- nach innen gerichteten Aggression.

Über die für jede Diagnose-Gruppe typische Affektveränderung der nach innen gerichteten Aggression im Verlauf wurde ja bereits unter 2.5.1.1 berichtet, so daß zum Einfluß diese Variable nur noch einmal angemerkt sein mag, daß - außer einem kontinuierlichen Anstieg - teils auch U-förmige und umgekehrt-U-förmige Verläufe in den einzelnen Diagnose-Gruppen auftreten.

Die Zunahme der nach innen gerichteten Aggression bei gleichzeitiger Abnahme der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression in der stationären Behandlung mag zu interpre-

tieren sein als Folge der sich wieder restituierenden Realitätswahrnehmung: Es könnte sein, daß die Störung der Innen-Außen-Unterscheidungsfähigkeit dazu geführt hat, daß eine "nach innen gerichtete Aggression" für den Patienten gar nicht erlebbar ist, weil eben Selbst und Nicht-Selbst nicht unterschieden werden können, und per Projektionsmechanismus alle aggressiven Impulse in Objekte der Außenwelt verlegt werden ("verdeckte, nach außen gerichtete Aggression" ist Aggression zwischen Objekten in der Außenwelt). Die Restitution der Realitätswahrnehmung mag so das Erleben und Mitteilen von Autoaggression vielleicht erst ermöglichen.

Insgesamt klingen aber die Affekte in der Behandlung ab, wie "Gesamtaffekt" ausweist.

2.5.2.3 Effekte aller Sozialdaten auf die einzelnen Selbst- und Fremdbilder

Die Untersuchung der Selbstbild- und Fremdbildinstruktion auf die Affektskalen unter Wechselwirkung mit den Sozialvariablen wurde im ersten Abschnitt für jede Sozialvariable gesondert aufgeführt. Nun sollen unter dem Blickwinkel der jeweiligen Instruktionsart noch einmal die Effekte zusammenfassend dargestellt werden.

2.5.2.3.1 Selbstbild

Bis zu 6 Skalen zeigten pro Sozialvariable Effekte (Tabelle 92):

- Anzahl der Medikation, Medikamenten-Wechsel (6 Skalen),
- Einstellung zur Therapie, Isolierung (5 Skalen),
- Diagnose, Alter, Kontakt zu den Angehörigen (4 Skalen),
- Schicht, Dauer des Aufenthaltes, berufliches Umfeld (3 Skalen),
- Schwere der Symptomatik, Einstellung des Angehörigen zur Therapie (2 Skalen),
- privates Umfeld (1 Skala) ($p \leq 0.001$ bis $p \leq 0.10$).

Tabelle 59 zeigt signifikante Effekte bei Selbstbildinstruktion und jeweiliger Sozialvariable auf die einzelnen Affektskalen, wobei die Wechselwirkungen mit dem Verlauf in Klam-

Angehö. psych. k.

[illegible]

mern aufgeführt sind: Betrachtet man nur die Gruppenunterschiede und Wechselwirkungen mit dem Verlauf, so wird deutlich, daß vor allem die Parameter des Aufenthaltes und der Behandlung und erst an zweiter Stelle soziologische Daten und die Diagnoseuntergruppen Effekte zeigen ($p \leq 0.001$ bis $p \leq 0.10$). Es finden sich ebenso viele Gruppenunterschiede wie Wechselwirkungen, was auf die enge Verschränkung mit den Verlaufsänderungen hinweist. Es gibt etwa soviele Verlaufsänderungen wie Gruppenunterschiede samt Wechselwirkungen.

2.5.2.3.2 Fremdbild der Patienten

Hier zeigen bis zu 5 Skalen Effekte (Tabelle 93):

- Alter, Kontakt zu den Angehörigen (5 Skalen),
- Diagnose, Schicht, Alter, berufliches und privates Umfeld, Einstellung der Angehörigen zur Therapie (2 Skalen),
- Einstellung zur Therapie, Anzahl der Medikamente, Isolierung, Dauer des Schubes (1 Skala) ($p \leq 0.001$ bis ≤ 0.10).

Im Fremdbild der Patienten spielen nun weniger Behandlungs- und Aufenthaltsvariablen eine Rolle, sondern mehr soziologische wie Schicht, Alter, soziales Umfeld nach der Entlassung.

2.5.2.3.3 Fremdbild der Angehörigen

Bis zu 11 Skalen zeigen Effekte (Tabelle 94):

- Einstellung der Angehörigen zur Therapie (11 Skalen),
- Kontakt zu den Angehörigen (6 Skalen),
- Diagnose (5 Skalen),
- Schwere der Symptomatik, Wechsel der Medikation (3 Skalen),
- Alter, Anzahl der Medikamente (2 Skalen),
- Schicht, Einstellung zur Therapie, Dauer des Aufenthaltes, berufliches Umfeld nach der Entlassung, psychische Krankheit des Angehörigen (1 Skala) ($p \leq 0.01$ bis ≤ 0.10).

Im Fremdbild des Angehörigen streuen die Effekte über alle Sozialvariablen.

2.5.2.3.4 Vergleich der Selbst- und Fremdbilder untereinander

Betrachtet man die Häufigkeit der Effekte über die Selbst- und Fremdbilder, so zeigen sich die deutlichsten Effekte bei den Selbstbildern (51 Effekte), dann folgt das Fremd-

Tabelle 93
Einfluß der einzelnen Sozialdaten
auf das Ausmaß der Affekte der
Patienten (Fremdbild)

[illegible]

Tabelle 94
Einfluß der einzelnen Sozialdaten
auf das Ausmaß der Affekte der
Angehörigen (Fremdbild)

	Diagnose	Schicht	Alter	Einstellung	Med. Anzahl	Med. Wechsel	Isolierung	Kontakt z. Ang.	Dauer Schub	Dauer Aufenth.	Schwere Sympt.	Umfeld n.E.berufl.	Umfeld n.E.priv.	Angehö.Einstel.	Angehö.psych.k.
1) nach Aggr. Aggr. (offen)														***	
2) nach ausl. Aggr. (offen)		*			*	*		*			*			*	
3) nach innen Aggr.													***	*	
4) ambivalente Aggr.														*	
5) Todesangst					*	*					*			*	
6) Verletzungsangst												*		*	
7) Trennungsangst			**							*					
8) Schuldangst															
9) Schamangst														**	
10) diffuse Angst								**							
11) Gesamtangst			*												
12) andere Opfer	*			**				*						*	
13) selbst Opfer														**	
14) selbst Täter								*						***	
15) andere Täter	*				*						*				
16) Gesamt Aggr.	**							*						*	
17) Gesamt Affekt	*							*							
18) Wortzahl								*						***	

bild der Angehörigen (41 Effekte), dann das Fremdbild der Patienten (27 Effekte).

Praktisch keine Überlappungen sind bei dem wechselseitigen Vergleich der Gruppenunterschiede im Selbstbild mit den Fremdbildern, den Verlaufsänderungen im Selbstbild mit den Fremdbildern und der beiden Fremdbilder untereinander festzustellen. Hingegen traten deutliche Wechselwirkungen im Selbstbild zwischen Gruppenunterschieden und dem Verlauf heraus: 14 Effekte bei den Gruppenunterschieden, 14 Effekte bei den Wechselwirkungen, 17 Effekte beim Verlauf auf die Skalen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Selbstbildinstruktionen der Patienten Effekte bei den Variablen des Aufenthaltes und der Behandlung zeigten. Hier kommen also mehr die individuellen Besonderheiten der Patienten bei der Behandlung zum Tragen - wie z.B. Ansprechbarkeit auf die Medikamente, Einstellung zur Therapie, Isolierung infolge aggressiver Handlungen - und weniger soziologische - wie z.B. Schichtzugehörigkeit. Hingegen zeigt die Fremdbildinstruktion bei den Patienten Effekte bei den soziologischen Variablen. Diese Daten - wie z.B. soziales und privates Umfeld, Kontakt zu den Angehörigen - gewinnen wahrscheinlich deshalb an Gewicht, weil sie viele Determinanten der Beziehung zum Angehörigen enthalten. Diese wirken sich bei der Fremdbildinstruktion mehr als bei der Selbstbildinstruktion aus.

2.5.2.4 Effekte der Selbstbild- und Fremdbildinstruktion und der Sozialdaten auf die einzelnen Skalen

Die Effekte der Instruktionsarten in Wechselwirkung mit den Sozialdaten auf die Affektskalen war unter dem Gesichtspunkt jeder Sozialvariable und danach unter dem Gesichtspunkt jeder Instruktionsart betrachtet worden.

Nun sollen diese Effekte im Hinblick auf die Bedeutung der einzelnen Affektskalen für das hier erfaßte Patienten-

Tab. 40 Effekte der Sozialdaten auf die Selbst- und Fremdbilder

Gruppe WW HP FA Ver1.

P50.05

Gruppe		WM	HP	FA	Verl.
1)	nach auß.Ger.AGGR.(offen)				
2)	nach auß.Ger.AGGR.(verd.)				
3)	nach innen ger. AGGR.				
4)	ambivalente AGGR.				
5)	Todesangst				
6)	Verletzungsangst				
7)	Trennungsangst				
8)	Schuldangst				
9)	Schamangst				
10)	diffuse Angst				
11)	Gesamtangst				
12)	andere Opfer				
13)	selbst Opfer				
14)	selbst Täter				
15)	andere Täter				
16)	Gesamt AGGR.				
17)	Gesamt Affekt				
18)	Wortzahl				

klientel aufgesucht werden. Tabellen 39, 40 und 95 zeigen Skaleneffekte mit und ohne Einfluß der Sozialdaten, die durch die unterschiedliche Instruktion erzeugt wurden, wobei Tabelle 95 tendenzielle Effekte anzeigt - im Gegensatz zu Tabelle 40, die die Effekte für $p \leq 0.05$ darstellt und hier noch einmal zum Vergleich mit aufgeführt ist.

Es erweist sich, daß bei der untersuchten Gruppe unter Einbeziehung der Sozialvariablen alle Affektskalen Effekte aufweisen:

Bei nach außen gerichteter, verdeckter Aggression und "andere Täter" ergab die Einbeziehung der Sozialdaten nur tendenzielle weitere Gruppenunterschiede, bei den anderen Skalen traten dagegen zahlreiche, zusätzliche Gruppenunterschiede besonders bei nach innen gerichteter Aggression, Schuldangst, diffuser Angst und Wortzahl. Bei Verletzungsangst traten signifikante Effekte bei Einbeziehung der Sozialvariablen auf.

Bei den Angstskalen spielten Todesangst, Schuldangst, Schamangst und Gesamtangst eine große Rolle, Trennungsangst und Verletzungsangst weniger, diffuse Angst vor allem im Verlauf.

Bei den Aggressionsskalen ist nach außen gerichtete, verdeckte Aggression und nach innen gerichtete Aggression, weniger dann ambivalente Aggression, nach außen offen gerichtete Aggression und Gesamtaggression von Wichtigkeit. Im Täter-Opfer-Schema überwiegt "andere Opfer" und "selbst Opfer" vor "andere Täter" und "selbst Täter".

Gesamtaffekte und Wortzahl weisen ebenfalls deutliche Effekte auf.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß alle Affektskalen Effekte zeigten, aber manche Skalen besonderes Gewicht erhalten, nämlich: nach außen gerichtete, verdeckte Aggression und nach innen gerichtete Aggression sowie Todesangst, Schuldangst, Schamangst (über Zusammenhänge siehe Kapitel 2.5.2.2). Die Effekte werden unter Einbeziehung der Sozialdaten deutlicher.

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden Studien über die Häufigkeit der Schizophrenie, ätiologische Vorstellungen organischer, soziologischer und psychologischer Art dargestellt. Es wurden psychoanalytische Theorie, familientherapeutische Gesichtspunkte, experimentalpsychologische Untersuchungen erläutert. Diagnosestellung, Verlauf und Therapie wurden angesprochen. Ausgehend von neueren Untersuchungen zu den Affektstörungen bei Schizophrenen wurde das Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalytische-Verfahren in Theorie und Anwendungsbereichen vorgestellt, mit besonderer Berücksichtigung der deutschen Adaption der Gottschalk-Gleser-Skalen.

Im empirischen Teil der Arbeit wurden 80 schizophrene Patientinnen während eines stationären Aufenthaltes untersucht. Dies ermöglichte eine Verlaufsbeobachtung vom akuten Schub bis zur Genesung unter Einfluß von situativen und medikamentösen Komponenten im klinischen Setting einer psychiatrischen Aufnahmestation. Es wurden ängstliche und aggressive Affekte mit dem Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalytischen-Verfahren im Rahmen einer Verlaufsbeurteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme, bei Abklingen des psychotischen Schubes und bei Entlassung anhand von Sprachproben gemessen. Eine erweiterte Beurteilung der Affektreaktionen wurde durch Einbeziehung der Fremdbildinstruktion bei den Patientinnen und bei den Angehörigen ermöglicht. Unter Berücksichtigung von Wechselwirkungseinflüssen wichtiger Krankheits- und Sozialvariablen wurde die Untersuchung der Affektreaktionen ergänzt. Um diese Wechselwirkungseinflüsse auf die Affektreaktionen berücksichtigen zu können, wurde eine ausführliche Deskription der Stichprobe vorgenommen. Darüberhinaus hatte die Literaturdurchsicht ergeben, daß oft die Vergleichbarkeit zwischen Studien durch ungenügende Stichprobenbeschreibung erschwert wird.

So wurden bei den Sozialvariablen Daten zur Krankheits-
vorgeschichte, zur Genese, zur Behandlung und über
den Angehörigen erhoben. Bei der stationären Behand-
lung mußte bei den antriebsgesteigerten Gruppen - vor
allem bei hebephrenen und paranoid-halluzinatorischen
Patienten - Isolierungen vorgenommen werden. Offensicht-
lich wirken sich die aggressiven Durchbrüche dieser
Patienten verkürzend auf die Schubdauer aus. Mangelnde
Krankheitseinsicht in Verbindung mit erhöhter Selbst- und
Fremdgefährdung, wie sie sich in der richterlichen Unter-
bringungsmaßnahme niederschlägt, betraf vor allem die
Untergruppe Katatonie. Was die medikamentöse Behandlung
anging, zeigte sich, daß bei der paranoid-halluzinatori-
schen, der hebephrenen und simplex-Gruppe viele Patienten
mit günstigen Verläufen vertreten waren, so daß hier mit
wenigen Medikamenten therapiert werden konnte. Eine größere
Anzahl an Medikamenten mußte bei der Gruppe mit langer Be-
handlungsdauer und kurz aufeinander folgenden Wiederauf-
nahmen angewendet werden, zu denen schizoaffektive und
coenästhetische Patientinnen zählten. Monotherapien konnten
bei der paranoid-halluzinatorischen und der simplex-Form
angewendet werden, Kombinationstherapie wurde häufig bei
Hebephrenie und chronischer Schizophrenie angewandt.
Schwierige medikamentöse Einstellungen gab es vor allem
bei Patientinnen aus der Gruppe der coenästhetischen,
katatonen, paranoid-halluzinatorischen und Pfropfschizo-
phrenie.

Bei einem kleinen Teil der Patientinnen fand sich vor Aus-
bruch des psychotischen Schubes eine übermäßige Belastung
durch Haushalt, Familie und Berufstätigkeit. Während er-
wartungsgemäß der überwiegende Teil der älteren Jahrgänge
in pflegenden sozialen Verhältnissen war, befand sich doch
jeweils bereits ein Drittel der beiden jüngeren Jahrgänge
ebenfalls in Pflege. Korrelationsstatistisch ergab sich ein
Zusammenhang von unausgewogener, gleichgeschlechtlich über-
proportionaler Geschwisterzahl und später schweren Ver-
läufen mit langen Schüben.

Betrachtet man die Diagnose-Gruppen zusammenfassend, so war für die paranoid-halluzinatorische Schizophrenie eine geringe Zahl an Isolierungen bemerkenswert und bei einem Teil dieser Patientinnen ein guter Erfolg mit Monotherapie. Bei hebephrenen Patientinnen wurden dagegen öfter Isolierungen notwendig und überwiegend Kombinationstherapien angewandt. Bei Katatonien wurden häufig Unterbringungsverfahren durchgeführt, jedoch waren selten Isolierungen erforderlich. Die coenästhetische und schizoaffektive Gruppe waren medikamentös schwierig einzustellen. Bei den chronischen Patientinnen genügte meist eine Steigerung der Medikation - ohne Wechsel der Therapie - um einen Schub zu behandeln.

Nach Darstellung der Sozialdatenanalyse wurden die Ergebnisse der Affektmessungen ausgeführt. Im ersten Teil der Untersuchung wurden Veränderungen ängstlicher und aggressiver Affekte bei Schizophrenen im Verlauf und unter Selbstbild- und Fremdbildinstruktion erfaßt. Dabei erwiesen sich ängstliche und aggressive Affekte als durch den Behandlungsverlauf deutlich beeinflussbare Größen. Die im Vergleich zur Normalstichprobe deutlich erhöhten Affektwerte klingen zum Behandlungsende hin vollständig ab. Möglicherweise wären noch höhere Affektwerte am Beginn des Schubes zur Darstellung gekommen, wenn mehr vollständige Satzeinheiten vorgelegen hätten. Infolge der formalen Denkstörungen lag aber krankheitsbedingt ein Teil der Sätze in unvollständiger Form vor und war damit nach den Gottschalk-Gleser-Bedingungen nicht auswertbar.

Versucht man, die Kategorien der einzelnen Gottschalk-Gleser-Skalen in das Kontinuum von Primär- und Sekundärprozeß einzuordnen, so müssen die reinen Affekte dem Primärprozeß zugeordnet werden, ein Überwiegen der Abwehr dagegen dem Sekundärprozeß. Es war anzunehmen, daß Populationen, die sich durch ein Überwiegen primärprozeßhaften Materials auszeichnen, ein Überwiegen reiner Affekte aufweisen, eben Patienten in der Psychose, und, daß Schizophrenie nach dem Schub ein geringeres Maß an reinen Affekten

aufweisen. Dies konnte in der Untersuchung bestätigt werden.

Die modifizierte Standardinstruktion zum Fremdbild der Patientin ergab durchgängig höhere Affekt-Scores als die Instruktion zum Selbstbild der Patientin. Hier erweist sich vor allem der Vergleich von Selbstbild drei mit dem Fremdbild der Patientin als bedeutsam. Dies mag als Ent-hemmung vor Affekten und gleichzeitiger Projektion auf den Angehörigen betrachtet werden, kann aber auch durch Affekte auf die Realperson des Angehörigen bedingt sein. Daß sich der situative Einfluß des Instruktionswechsels mit Erhöhung der Affekt-Scores am deutlichsten beim Vergleich von Selbstbild drei mit dem Fremdbild darstellt, weist darauf hin, daß psychosebedingte Wahrnehmungsstörungen und Realitätsverlust diesen Effekt bei den ersten Selbstbildern verwischen.

Vergleicht man das Fremdbild, das der Angehörige über die Patientin hat, mit dem Selbstbild der Patientin, so verteilt sich die Höhe der Affektreaktionen nicht - wie oben - einheitlich mit Schwerpunkt auf einem der Bilder, sondern hier stellen sich für die einzelnen Skalen unterschiedliche Gewichtungen und gegensätzliche Tendenzen dar. Dabei zeigt sich deutlich die problematische Interaktion zwischen Patient und Angehörigen: die Angehörigen unterschätzen die Autoaggression des Patienten, können die von diesen erlebte Bedrohung durch die Umwelt wenig nachvollziehen, und unterschätzen die eigene Beteiligung an aggressiven Erlebnissen beim Patienten. Dieser Befund erscheint von besonderer Bedeutung, was die therapeutische Arbeit mit dem Patienten und den Angehörigen angeht. Er belegt, daß sich die Patienten von der bedrohlichen, ihnen unverständlichen und sie nicht verstehenden Umwelt im psychotischen Schub zurückziehen und die Gefahr besteht, daß sie ihre Aggressionen gegen sich selbst wenden.

Stellt man die Fremdbilder der Patienten und der Angehörigen gegenüber, so treten im Fremdbild der Patienten stärkere Affektreaktionen als im Fremdbild der Angehörigen hervor.

Bei den einzelnen Skalen werden Unterschiede auf Todesangst, Schuldangst, Schamangst, Gesamtangst, Gesamtaggression und Gesamtaffekt sowie den vier Aggressionsskalen deutlich. Vor allem die Skala der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression zeigte jeweils bei allen Vergleichen Effekte; und zwar blieben erniedrigte Werte im und nach dem Schub ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal von Gesunden. Schizophrenen haben offenbar eine geringe Bereitschaft, Aggressionen zwischen anderen Objekten in der Außenwelt zu verbalisieren, was als besondere Art von Aggressionshemmung interpretiert wurde. Im Schub traten vermehrt Schuldangst und Schamangst auf, was im Zusammenhang mit paranoidem und halluzinatorischem Erleben gedeutet wurde. Die Affektwerte der Todesangst waren im Schub erhöht und nach dem Schub ähnlich wie bei psychosomatischen und psychoneurotischen Gruppen deutlich niedriger als bei der Normalbevölkerung.

Im zweiten Teil der Arbeit wurde eine Betrachtung der Effekte der Selbstbild- und Fremdbildinstruktion sowie der Sozialvariablen auf die Affektwerte unter verschiedenen Gesichtspunkten durchgeführt: einmal wurden die Effekte für jede Instruktionsart gesondert betrachtet, dann für jede Affektskala und schließlich die Wichtigkeit einzelner Sozialvariablen im Effekt auf die Affekt-Scores untersucht.

Insgesamt waren die bei der Betrachtung der Sozialvariablen zusätzlich gewonnenen Effekte auf die Affektskalen in Form von Gruppenunterschieden und Wechselwirkungen mit dem Verlauf beinahe ebenso bedeutend, wie die reinen Verlaufsänderungen.

Bei der Betrachtung der Effekte der Sozialvariablen und der Selbstbild- und Fremdbildinstruktion auf die Affekt-

werte zeigt sich, daß bei der Selbstbildinstruktion vor allem die Variablen Effekte Aufweisen, die den Aufenthalt und die Behandlung umfassen und erst an zweiter Stelle soziologische Daten und Diagnose-Gruppen. Daß mehr Variablen des Aufenthaltes und der Behandlung zum Tragen kommen, bedeutet wohl, daß hier mehr individuelle Besonderheiten wie Ansprechbarkeit auf Medikamente, Einstellung zur Therapie, Isolierung infolge aggressiver Handlungen einfließen, als soziologische Variablen wie z.B. Schichtzugehörigkeit.

Hingegen zeigen bei der Fremdbildinstruktion der Patienten soziologische Variablen Effekte. Diese Daten - wie soziales und privates Umfeld, Kontakt zu den Angehörigen - gewinnen wahrscheinlich deshalb hier an Gewicht, weil sie viele Determinanten der Beziehung zum Angehörigen enthalten, und sich diese Beziehungsvariablen bei der Fremdbildinstruktion mehr als bei der Selbstbildinstruktion auswirken.

Betrachtet man die einzelnen Skalen - bei Einbeziehung von Wechselwirkungen mit Sozialvariablen - unter dem Gesichtspunkt der Wichtigkeit für das hier untersuchte Krankheitsbild, so ist zu sagen, daß bei den Ängsten ein kontinuierliches Abfallen bei Schamangst zu verzeichnen ist; Schuldangst, Gesamtangst, diffuse Angst und Gesamtaffekt fallen vor allem erst postpsychotisch ab: Offensichtlich ist erst nach Restitution der Realitätskontrolle eine entscheidende Abnahme von Angst möglich. Während nach außen gerichtete, verdeckte Aggression stetig abnimmt, ist - bei Einbeziehung der Sozialvariablen - ein Anstieg der nach innen gerichteten Aggression zu verzeichnen. Dieser Anstieg der nach innen gerichteten Aggression - bei insgesamt abfallenden Affektwerten - war im Rahmen der zunehmend besseren Realitätswahrnehmung mit Unterscheidungsfähigkeit in Selbst und Nicht-Selbst diskutiert worden.

Betrachtet man die einzelnen Sozialvariablen unter dem Gesichtspunkt der Wichtigkeit im Hinblick auf Gruppenunterschiede für die Affektskalen, so weisen folgende Variablen die deutlichsten Effekte auf: Diagnose, Schicht, Alter, Einstellung zur Therapie, Isolierung, Kontakt zu den Angehörigen und Art der medikamentösen Behandlung.

Bei der Diagnose-Gruppierung ist nach innen gerichtete Aggression von Wichtigkeit. Die coenästhetische Gruppe weist die höchsten Werte auf, hat zunächst einen Anstieg der nach innen gerichteten Aggression und erst postpsychotisch ein Abfallen. Dies wurde im Zusammenhang mit der Verlagerung der coenästhetischen Körpersymptomatik in psychische Symptomatik in der psychotischen Phase diskutiert.

Bei der Schicht-Zugehörigkeit ergeben sich Gruppenunterschiede bei Gesamtangst. Die mittleren Schichten weisen einen kontinuierlichen Abfall auf, die unteren Schichten einen verzögerten und die oberen Schichten haben einen U-förmigen Verlauf. Für die Effekte wurden bei den unteren Schichten störende Einflüsse auf den Genesungsprozeß durch Statusinkongruenz im Krankenhaus diskutiert, bei den oberen Schichten störende Effekte in der postpsychotischen Phase durch Ängste vor Diskriminierung nach der Entlassung, im Sinne von Statusinkongruenz nach der Entlassung.

Die Betrachtung der Alters-Gruppen ergibt bei Schuldangst ein mit zunehmendem Alter schnelleres und früheres Absinken dieser Affekte im Verlauf. Hier wurde eine Chronifizierungsfolge diskutiert, wonach vielleicht mit zunehmender Anzahl an Schüben die peinlichen Ereignisse im sozialen Umfeld bei Ausbruch der Psychose nun während des Genesungsprozesses in kürzerer Zeit schuldgefühlfähig verarbeitet werden.

Hinsichtlich der Hinstellung zur Therapie hat die freiwillige Gruppe höhere Gesamtaffektwerte als die der Untergebrachten, letztere aber höhere Verletzungsangst. Dieses zunächst widersprüchlich erscheinende Ergebnis, nämlich daß die nach Gerichtsbeschluss untergebrachten Patienten niedrigere Affekt-

werte als die freiwillig untergebrachten Patienten haben, mag so zu interpretieren sein, daß bei der untergebrachten Gruppe nicht so sehr das Ausmaß von ungesteuerten Affekten der Grund zur Aufnahme ist, sondern eher eine größere Störung der Realitätswahrnehmung mit entsprechenden schwerwiegenden Folgen wie Unberechenbarkeit oder auch größere Hilflosigkeit. Interpretiert man die anfängliche hohe Verletzungsangst dieser Gruppe als Reaktion auf die Unterbringung, so ist deren Abfall postpsychotisch auf das eintretende Realitätsbewußtsein mit nachträglicher Krankheitseinsicht zurückzuführen, das das Problem des Aufenthaltes widerwillen für den Patienten auflöst.

Bei der Anzahl der verordneten Medikation hat die Gruppe mit 3 oder 4 Medikamenten den schnellsten Behandlungserfolg mit Abnahme hauptsächlich von Schuldangst, Schamangst, Gesamtangst. Die Gruppe der Patienten mit einer größeren Medikamentenanzahl, also die chronifizierten, teils medikamenten-resistenten Fälle, sprechen nur zögernd auf die Therapie an. In der Gruppe, die nur 1 oder 2 Medikamente erhielten, treten ebenfalls langsamere Affektänderungen ein, als in der Gruppe mit 3 oder 4 Medikamenten. Dies erstaunt; sollte Monotherapie stets wenig erfolgreich sein?

Die Untersuchung der Variable Medikamenten-Kombination gibt weitere Aufschlüsse: Bei Gesamtaggression hat die mit Monotherapie behandelte Gruppe bei stetigem Abfallen der Affektwerte einen guten Behandlungserfolg, der bei der Kombinationsgruppe weniger gut zu Tage tritt. Demnach ist also die Patientengruppe, die 1 oder 2 Medikamente erhielt, inhomogen, wobei die Monotherapie-Patienten einen schnellen Erfolg und die Patienten mit 2 Medikamenten einen verzögerten Erfolg aufwiesen. Vielleicht hätte ein Medikamentenwechsel bei der letzteren Gruppe den Schub schneller abklingen lassen.

Daß ein Therapiewechsel bei chronifizierten Fällen wohl doch gelegentlich noch eine Besserung bringt, kommt allerdings in nur tendenzieller Abnahme bei nach außen gerichteter offener Aggression und Gesamtangst zum Ausdruck.

Die Patienten, die vorübergehend isoliert werden mußten, haben - im Gegensatz zu den nicht-isolierten Patienten - schneller abfallende Werte für Schuld- und Schamangst sowie niedrigere, nach innen gerichtete Aggression. Dies mag bedeuten, daß die Isolierten-Gruppe weniger autoaggressiv gefährdet ist, offen Aggressionen in Separation entladen kann und somit ein durchschnittlich niedrigeres Affektniveau aufweist. Vielleicht fallen deshalb auch die Angstwerte bei dieser Gruppe so schnell ab, weil ihnen aus diesem Grund Schuld- und Schamgefühle vor den Mitpatienten durch die vorübergehende Separation erspart werden.

Beim Kontakt mit den Angehörigen gibt es bei Schuldangst Unterschiede. Die Patienten mit gutem Angehörigenkontakt haben in der psychotischen Phase einen Anstieg der Affektwerte, während sie bei der anderen Gruppe stetig fallen. Möglicherweise werden die Patienten mit fester Einbettung in ihr soziales Umfeld von ihren Angehörigen weitgehend von Schuldgefühlen für ihr psychotisches Handeln entlastet, so daß mit Aufnahme auf der Station und Herauslösung aus dieser Psychodynamik zunächst einmal ein Anstieg der Schuldangst zu verzeichnen ist.

Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes sinkt vor allem die Schamangst. Aus dem späten Abfallen der Affektwerte der chronischen Patienten in der postpsychotischen Phase mag man auf die Notwendigkeit einer individuell ausgerichteten Medikation schließen, die auch noch nach längerer Zeit zu einer Besserung der Symptomatik führen kann.

Bei den Sozialvariablen, die den Angehörigen erfassen sollen, wurde die Einstellung zur Therapie und die psychische Gesundheit der Angehörigen untersucht. Die Angehörigen, die eine Behandlung des Patienten auch gegen dessen Einverständnis wünschen, schreiben dem Patienten im Fremdbild ein niedriges Ausmaß an Schamangst zu. Offenbar bedeutet dies schlechte Affektkontrolle seitens des Patienten für

den Angehörigen, so daß er sich wohl bedroht fühlt. Eine kleine Gruppe von Angehörigen lehnte die Therapie des Patienten ab. Diese schildern den Patienten im Fremdbild als sehr aggressiv, vor allem nach außen offen aggressiv. Daß diese Angehörigen sich dennoch gegen eine Behandlung aussprachen, kann bedeuten, daß sie die Krankheit des Patienten selbst brauchen, um psychisch stabil zu bleiben, und ihn deshalb schnell wieder bei sich haben wollen, oder daß eigene Aggressionen aufgrund eigener Gestörtheit hier in der Fremdbildinstruktion zum Tragen kommen.

Ein interessanter Befund ergab sich in der Interaktion von Patient und Angehörigen, die sich selbst als psychisch krank einstufen; während die psychisch kranken Angehörigen dem Patienten einen hohen Affektwert an nach innen gerichteter Aggression zuschrieben, schrieben die Patienten diesen einen niedrigen Wert an nach innen gerichteter Aggression zu. In der Partnerschaft ist offenbar zur Zeit der Erkrankung des Patienten dessen Angehöriger der gesündere: bei beiden ist aber das Ausmaß an nach innen gerichteter Aggression maßgebend für den derzeitigen Gesundheitszustand.

Gibt es nun Ergebnisse, die im Zusammenhang mit dem Schizophrenie-Modell interpretiert werden können? Ein Ergebnis war die Erniedrigung der Affekt-Scores der nach außen gerichteten, verdeckten Aggression bei den Schizophrenen im Schub und auch außerhalb des Schubes im Vergleich zur Normalbevölkerung und zu anderen klinischen Gruppen. Dies könnte auf ein Persönlichkeitsmerkmal dieser Gruppe hindeuten. Ich formuliere diesen Befund betont vorsichtig, in Bezug auf eine Eigenschaft dieser Gruppe, da das Gottschalk-Gleser-Verfahren im Grunde situationsabhängig und nicht trait-orientiert ist, und auch mit der Einschränkung, daß hier nicht eine spezifische Störung vorliegt, denn z.B. die Asthmatikergruppe von Koch & Schöfer (1978) zeigte neben erhöhten Affektwerten auf bestimmten Aggressionsskalen ebenfalls eine Erniedrigung der nach außen

gerichteten, verdeckten Aggression. Wie steht nun aber dieser Befund mit den im Literaturüberblick referierten Befunden im Einklang? Daß sich sowohl im Schub, wie auch danach bei diesen Patienten niedrigere Affektwerte an nach außen gerichteter, verdeckter Aggression finden, erscheint mit der Hypothese einer Wahrnehmungsstörung für bestimmte Qualitäten vereinbar. Diese Wahrnehmungsstörungen könnten auf einem Filtermechanismus beruhen, wobei offenbar solche Aggressionen, die sich nur zwischen Objekten in der Außenwelt abspielen, mehr herausgefiltert werden, als mit der Person enger verbundene Aggressionsarten, vielleicht aufgrund eines Defektes, vielleicht aber auch aufgrund eines Schutzmechanismus vor Reizüberflutung. - Das Ergebnis ist auch vereinbar mit dem der Experimentalpsychologie entlehnten Konzept der "Störung der Kanalkapazität" in Form einer Störung der Informationsverwertung. Biochemische Forschungsergebnisse haben ja das Prinzip der Störung der Kanalkapazität somatisch untermauert und weisen so auf eine Verbindung zur Erbtheorie hin. Daß sich in der Psychose die Aggressionsinhalte, die einen Bezug zum Sprecher haben, mehren, ist mit der psychiatrischen Terminologie der Beziehungs- und Bedeutungsideen und des "Gemachten" vereinbar. Schließlich ist auch psychodynamisch das Konzept einer Störung der Ich-Grenze hier nachvollziehbar, wonach viele Aggressionsinhalte, die sich zwischen Objekten in der Außenwelt abspielen, mangels Abgrenzungsfähigkeit einen Bezug zum Sprecher bekommen.

Zum Abschluß sei ein Ausblick für die weitere Anwendung des Gottschalk-Gleser-Verfahrens in der Schizophrenieforschung gegeben: Bei der Diagnose-Gruppierung, die nach dem kleinsten psychiatrischen Kategorisierungsschema durchgeführt wurde, waren in dieser Untersuchung spezifische Wechselwirkungen mit Krankheitsvariablen und Verlaufsparametern festgestellt worden. Es zeigte sich, daß die Diagnose-Gruppen auch unterschiedliche Veränderungen der Affektwerte zeigten: Somit könnten in weiteren Untersuchun-

gen Kreuzvalidierungen mit psychiatrischen Schizophrenie-Kategorien vorgenommen werden. Eine praktische Anwendung des Verfahrens wäre bei der Beurteilung therapeutischer Bemühungen möglich. So bietet das inhaltsanalytische Verfahren den Vorteil, Verlaufsänderungen mit kleinem Aufwand zu dokumentieren (allerdings sind geschulte Auswerter nötig), bereits kleine Veränderungen von Angst- und Aggressionswerten zu erfassen und so frühzeitiger individuelle therapeutische Maßnahmen zu ergreifen.

Ein Nebeneffekt des Verfahrens könnte sogar ein unmittelbarer therapeutischer Einfluß der Instruktion in der post-psychotischen Phase sein, wo der Patient Realitätskontrolle, Zukunftsplanung und eine Zentrierung auf aktuelle Konflikte üben kann.

Lebenslauf

Geboren am 30.3.1949 in Hof als Sohn des Musikdirektors Adalbert Muhs und der Sängerin Steffi Muhs, geb. Pietruska.

Grundschule von 1955 bis 1961 und humanistisches Gymnasium von 1961 bis 1963 in Hof, neusprachliches Gymnasium von 1963 bis 1965 in Gelsenkirchen und von 1965 bis 1969 in Waldshut, dort Abitur 1969.

Studium der Medizin von 1970 bis 1975 in Freiburg, Staatsexamen 1975.

Medizinische Promotion 1976 bei Prof. Dr. Dipl.-Psych. Th. F. Hau über "Soziologische und psychologische Einflußfaktoren coronarer Herzkrankheiten", die in gekürzter Fassung 1977 veröffentlicht wurde.

Medizinalassistentenzeit 1976 an der Universitätsklinik Freiburg in der chirurgischen, internistischen und psychiatrischen Abteilung, Approbation 1977.

Studium der Psychologie von 1972 bis 1978 in Freiburg, Diplom 1978. Diplomarbeit bei Prof. Dr. J. Fahrenberg über "Naive Krankheitskonzepte".

Militärärztliche Tätigkeit von 1977 bis 1979 in Bremgarten bei Freiburg.

Psychoanalytische Ausbildung seit 1976 am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Freiburg, gefördert von 1978 bis 1980 mit einem Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Weiterbildung zum Nervenarzt seit 1979. Assistenzarzt am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Emmendingen von 1979 bis 1981. Assistent an der Nervenlinik, Abteilung Neurophysiologie, der Universität Freiburg seit 1981.

Durchführung der vorliegenden Arbeit seit 1980 im Rahmen einer psychologischen Dissertation bei Prof. Dr. Dr. U. Koch, in gekürzter Fassung als Kongreßbeitrag 1981 und im Druck 1982.

Verheiratet seit 1974 mit Ingeborg Muhs, geb. Ruf, Studienrätin.

3. L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

- ACKENHEIL, M., HIPPIUS, H., MATUSSEK, N.: Ergebnisse der biochemischen Forschung auf dem Schizophrenie-Gebiet. Nervenarzt 49, 634-649, 1978
- ACKENHEIL, M., HIPPIUS, H., MATUSSEK, N.: Neuere Entwicklung und Ansätze der biochemischen Schizophrenieforschung; in: Huber, G. (ed.): Schizophrenie, Stand und Entwicklungstendenzen der Forschung. 4. Weißenauer Schizophrenie-Symposium 1980 in Bonn-Bad Godesberg, 211-215, Schattauer, Stuttgart, 1981
- ADELSTEIN, A.M., DOWNHAM, D.J., STEIN, Z., SUSSER, M.W.: The epidemiology of mental illness in an English city. Social Psychiatry 3, 47-59, 1968
- ANGERMEYER, M., HECKER, H.: Ausdruck psychischer Gestörtheit im Sprachverhalten von Eltern schizophrener Patienten - eine quantitative inhaltsanalytische Studie. Sozialpsychiatrie 4, 85-93, 1979
- ASTRACHAN, B.M., HARROW, M., ADLER, D.: Checklist for the diagnosis of schizophrenia. Br. J. Psychiatry 121, 529-539, 1972
- BALLY, G.: Gedanken zur psychoanalytisch orientierten Begrenzung mit dem Geisteskranken. Psyche 10, 437-447, 1956
- BANNISTER, D.: The logical requirements of research into schizophrenia. Br. J. Psychiatry 114, 181-188, 1968
- BATESON, G., JACKSON, D., LAING, R., LIDZ, T., WYNN, L.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt, 1978
- BEHRINGER, A., GEIMER, K., BRÄHLER, E., SCHMIDT, O., SCHÜLE, N., BECKMANN, D.: Beziehungsstörungen bei Eltern von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Nervenarzt 53, 265-278, 1982

- BELL, A.: Male anxiety during sleep.
Int. J. Psycho-Anal. 56, 455-464, 1975
- BELL, A., STROEBEL, C.F., PRIOR, D.D.: Interdisciplinary study of the scrotalsac and tests correlating psychophysiological and psychological observations.
Psychoanal. Q. 40, 415-434, 1971
- BELLAIRE, W., RÖSLER, M., HUBER, G., GRESSNICH, N., STEIGERWALD, F.: Psychopathologische Auffälligkeiten und CT-Befund bei Schizophrenen.
Psycho 8, 11-12, 1982
- BENEDETTI, G.: Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenie.
Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen, 1975
- BENKERT, O., HIPPIUS, H.: Psychiatrische Pharmakotherapie.
Springer, Berlin, 1980
- BIERMANN, G.: Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit, Beiträge zur Kinderpsychotherapie. Band 8; Reinhard, München, 1972
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Springer, Berlin, 1937
- BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte der langjährigen Kranken- und Familiengeschichten.
Thieme, Stuttgart, 1972
- BLEULER, M.: Schizophrenie und Neurose.
Deutsche Med. Wochenschrift 7, 105. Jahrg., 209-212, 1980
- BOWEN, M.: Familienpsychotherapie bei Schizophrenen in der Klinik und in der Privatpraxis.
Familientherapie - Theorie und Praxis, Bd. 1, 244-276, Reinbeck bei Hamburg, 1975
- BOWEN, M.: Die Familie als Bezugsrahmen für die Schizophrenenforschung; in: Bateson, G. (ed.): Schizophrenie und Familie, 181-219, Suhrkamp, Frankfurt, 1978
- BOWLBY, J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit.
Kindler, München, 1973

- BOWLBY, J.: Trennung, Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind.
Kindler, München, 1976
- BRENNER, Ch.: Grundzüge der Psychoanalyse.
Fischer, Frankfurt, 1967
- BROEN, W.E., STORMS, L.H.: A theory of response interference in schizophrenia.
Progr. Exp. Personality Res. 4, 269-312, 1967
- BROWN, G.W., MONCK, E.M., CASTAIRE, G.M., WING, J.K.: Influence of family life on the course of schizophrenic illness.
Brit. J. prev. soc. Med. 16, 55-65, 1962
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WING, J.K.: Influence of family life in the course of schizophrenic disorders: a replication.
Br. J. Psychiatry 121, 241-258, 1972
- BRUCK, C., WANKLIN, J.M., HOBBS, G.E.: Symptom analysis of rural-urban differences in first admission-rates.
J. of nervous and mental disease, 122, 80-82, 1955
- BUCHKRENNER, G., FIEDLER, P.: Angehörigentherapie bei schizophrenen Patienten; in: Helmchen, H., Linden, R., Rüger, U. (eds.): Psychotherapie in der Psychiatrie, 141-144, Springer, Berlin, 1982
- BUCHKRENNER, G., LEWANDOWSKI, L., FIEDLER, P.: Emotionale Interaktionsmuster in Familien schizophrener Patienten.
Psycho 8, 9-10, 1982
- CARPENTER, W.T., STRAUSS, J.S., BARTKO, J.J.: Flexible system of diagnosis of schizophrenia.
Science 182, 1275-1278, 1973
- CHAPMAN, L.J., CHAPMAN, J.P., DAUT, R.L.: Schizophrenic response to affectivity in word definition.
J. of abnorm. Psychology 83, 616-622, 1974

CIOMPI, L., MÜLLER, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium.

Springer, Berlin, 1976

CIOMPI, L., AGUE, C., DAUWALDER, J.P.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. I. Konzepte und methodische Probleme.

Nervenarzt 48, 12-18, 1977

CIOMPI, L., AGUE, C., DAUWALDER, J.P.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. II. Querschnittsuntersuchung einer Population von chronischen Spitalpatienten.

Nervenarzt 49, 322-338, 1978

CIOMPI, L., AGUE, C., DAUWALDER, J.P.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik.

Nervenarzt 50, 366-378, 1979

CLARIDGE, G.S.: Personality and arousal: A psychophysiological study of psychiatric disorder.

Macmillan, New York, 1967

COHEN, B.D.: Referent communication disturbances in schizophrenia; in: Schwartz, S. (ed.): Language and cognition in schizophrenia.

Erlbaum, Hillsdale, 1978

COOPER, B.: Epidemiology; in: Wing, J.K. (ed.): Schizophrenia, towards a new synthesis, 31-51,

Academic Press, London, 1978

COSTALL, B., NAYLOR, R.J.: Neuropharmakologische Indikationen eines antidyskinetischen Potentials für Tiaprid.

Sem.Hop. 53 (39B) 72, 1977

in deutscher Übersetzung bei Schürholz Arzneimittel, München, 1977

- COSTELLO, C.G.: Symptoms of Psychopathology.
Wiley, New York, 1970
- CRANACH, M., STRAUSS, A.: Die internationale Vergleichbarkeit psychiatrischer Diagnostik; in: Häfner, H. (ed.): Psychiatrische Epidemiologie, 201-219, Springer, Berlin, 1978
- CROMWELL, R.L.: Assessment of schizophrenia.
Annual Review of Psychology 26, 593-619, 1975
- CROMWELL, R.L., DOKECKI, P.R., POLIDORO, L.G.: The premorbid adjustment and chronicity dimensions as they relate to communality and stability of word associations in schizophrenics.
J. Ment. Nerv. Dis. 16, 310-311, 1968
- DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOCKOTT, G., MOMBOUR, W.:
Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten.
Springer, Berlin, 1980
- DELAY, J., DENIKER, P., GREEN, A.: Le milieu familial des schizophrènes. 3. Resultats et hypothèses.
Encéphale 51, 5-73, 1962
- DÖRNER, K., PLOOG, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie.
Psychiatrie-Verlag, Wunstorf, 1980
- DOLLARD, J., MOWRER, O.H.: A method of measuring tensions in written documents.
J. Abnorm. Soc. Psychology 42, 3-32, 1947
- DONELLY, E., WEINBERGER, D., WALDMAN, J., WYATT, R.:
Cognitive impairment associated with morphological brain abnormalities on computed tomography in chronic schizophrenic patients.
J. Nerv. Ment. Dis. 168, 305-308, 1980
- DOUGHERTY, F.E., BARLETT, E., IZARD, C.: Responses of schizophrenics to expressions of the fundamental emotions.
J. of Clinical Psychology 30, 243-246, 1974

- DUNHAM, H.W.: Community and Schizophrenia: An epidemiological analysis. Detroit 1965, deutsche Übersetzung in Keupp, H.: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, 278-291. Urban & Schwarzenberg, München, 1974
- ELLIOTT, H.W., GOTTSCHALK, L.A., ULIANA, R.L.: Relationship of plasma meperidine levels to changes in anxiety and hostility. Compr. Psychiatry 15, 245-254, 1974
- ENGEL, K., KOCH, U.: Zur theoretischen Einordnung des Gottschalk-Gleser-Verfahrens; in: Koch, U., Schöfer, G. (eds.): Empirische Untersuchungen zum Gottschalk-Gleser-Verfahren in Psychosomatik und Psychiatrie. Beltz, Weinheim, 1982 im Druck
- FARIS, R.E.L., DUNHAM, H.W.: Mental disorders in urban areas, an ecological study of schizophrenia and other psychotics. Univ. Chicago Press, Chicago 1939
- FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Suhrkamp, Frankfurt, 1978
- FEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, S.B.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry 26, 57-63, 1972
- FENICHEL, O., Schizophrenie; in: Fenichel, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre, Kap. XVIII Bd. II, 309-361. Walter, Olten, 1975
- FINZEN, A.: Milieutherapeutische Konzepte in der Sozialpsychiatrie; in: Heim, E. (ed.): Milieuthérapie, 14-22, Huber, Bern, 1978
- FISCHER, M.: Umweltfaktoren bei der Schizophrenie. Intrapaarvergleiche bei eineiigen Zwillingen. Nervenarzt 43, 230-238, 1972

- FLEGEL, H.: Erfassung schizophrener Morbiditätsverläufe mit Gottschalk's verbaler Stichprobe, verglichen mit Wittenborn's rating scales und der BPRS.
Zeitschr. f. Psychotherapie und Med. Psychol. 5, 186-194, 186-194, 1967
- FREEDMAN, B., CHAPMAN, L.J.: Early subjective experiences in schizophrenic episodes.
J. of Abnorm. Psychology 82, 46-54, 1973
- FREEDMAN, N., BLASS, T., RIFKIN, A., QUITKIN, F.: Body movements and the verbal encoding of aggressive affect.
J. Personality Soc. Psychol. 26, 72-85, 1973
- FREUD, A.: Einführung in die Technik der Kinderanalyse.
Reinhard, München, 1966
- FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen.
Kindler, München, 1977
- FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.
Studienausgabe, Band V, Fischer, Frankfurt, 1972
- FREUD, S.: Zwang, Paranoia, Perversion.
Studienausgabe, Band VII, Fischer, Frankfurt, 1973
- FREUD, S.: Psychologie des Unbewußten.
Studienausgabe, Band III, Fischer, Frankfurt, 1975
- GARDOS, G., DiMASCIO, A., SALZMAN, C., SHADER, R.I.: Differential actions of chloridiazepoxide and oxazepam on hostility.
Arch. Gen. Psychiatry 18, 757-760, 1968
- GATTAZ, W., GATTAZ, D., BECKMANN, H.: Glutamat in schizophrenics and healthy controls.
Arch. Psychiatr. Nervenkr. 231, 221-225, 1982
- GERARD, D.L., HOUSTON, L.G.: Family setting and the social ecology of schizophrenia.
The Psychiatric Quarterly 27, 90-101, 1953

- GESTRICH, J., STIEF, J.: Studienerfolg und Krankheitsverlauf schizophrener Studenten.
Arch. Psychiatr. Nervenkr. 230, 159-169, 1981
- GOLD, P., deFRAITES, E., ZIS, A.P.: The L H- Response to dopamine infusion: Possible marker for a central dopaminergic function in psychiatric patients.
Psychopharmacol. Bull. 16, 36-39, 1980
- GOTTSCHALK, L.A.: A hope scale applicable to verbal samples.
Arch. Gen. Psychiatry 30, 779-785, 1974
- GOTTSCHALK, L.A.: Differences in the content of speech of girls and boys ages six to sixteen; in: Siva-Sankar, D.V. (ed.): Mental Health in Children, Vol. III, 351-379, PJD Publications, Westbury, New York, 1976
- GOTTSCHALK, L.A.: Children's speech as a source of data towards the measurement of psychological states.
J. Youth Adolesc. 5, 11-36, 1976
- GOTTSCHALK, L.A.: Effects of certain benzodiazepine derivatives and organization of thought as manifested in speech.
Curr. Ther. Res. 21, 192-206, 1977
- GOTTSCHALK, L.A.: Cognitive defect in the schizophrenic syndrome as assessed by speech patterns; in: Serban, G. (ed.): Cognitive defects in the development of mental illness. 314-350, Brunner-Mazel, New York, 1978
- GOTTSCHALK, L.A.: A preliminary approach to the problems of relations of the pharmacokinetics of phenothiazines to clinical response with schizophrenic patients.
Psychopharmacol. Bull. 14, 35-39, 1978
- GOTTSCHALK, L.A., DANIELS, R.S., BLOCK, S.: The speech patterns of schizophrenic patients: a method of assessing relative degree of personal disorganization and social alienation.
J. Nerv. Ment. Dis. 127, 153-166, 1958

- GOTTSCHALK, L.A., MAGLIOCCO, B., D'ZMURA, T.L.: Further studies on the speech patterns of schizophrenic patients: Measuring interindividual differences in relative degree of personal disorganisation and social alienation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 132, 101-113, 1961
- GOTTSCHALK, L.A., FRANK, E.C.: Estimating the magnitude of anxiety from speech. *Behaviour Science* 12, 289-295, 1967
- GOTTSCHALK, L.A., GLESER, G.C.: The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behaviour. Univ. of California Press, Berkeley, Los Angeles, 1969
- GOTTSCHALK, L.A., GLESER, G.C., STONE, W.M., IACONO, I.M.: Anxiety and plasma free fatty acid (FFA) levels. *Life Sci.* 8, 61-68, 1969
- GOTTSCHALK, L.A., WINGET, C.N., GLESER, C.G.: Manual of instructions for using the Gottschalk-Gleser Content Analysis Scales. Univ. of California Press, Berkeley, Los Angeles, 1969
- GOTTSCHALK, L.A., GLESER, G.C., CLEGHORN, J.M., STONE, W.M., WINGET, C.N.: Prediction of changes in severity of the schizophrenic syndrome with discontinuation and administration of phenothiazines in chronic schizophrenic patients: Language as a prediction and measure of change in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 11, 123-140, 1970
- GOTTSCHALK, L.A., BATES, D.E., WASKOW, I.E., KATZ, M.M., OLSON, J.: Effect of amphetamine or chlorpromazine on achievement; striving scores derived from the content analysis of speech. *Compr. Psychiatry* 12, 430-435, 1971
- GOTTSCHALK, L.A., KAPLAN, S.A.: Chloridazepoxide plasma levels and clinical responses. *Compr. Psychiatry* 13, 519-527, 1972

- GOTTSCHALK, L.A., ELLIOT, H.W., BATES, D.E., CABLE, C.:
Analysis of speech samples to determine effect of
lorazepam on anxiety.
Clin. Pharmacol. Ther. 13, 323-328, 1972
- GOTTSCHALK, L.A., HAER, J.L., BATES, D.E.: Effect of
sensory overload on psychological state.
Arch. Gen. Psychiat. 27, 451-457, 1972
- GOTTSCHALK, L.A., COVI, L., ULIANA, R.L., BATES, D.E.:
Effects of diphenylhydantoin on anxiety and hostility
in institutionalized prisoners.
Compr. Psychiatry 14, 503-511, 1973
- GOTTSCHALK, L.A., NOBLE, E.P., STOLZOFF, G.E., BATES, D.E.,
CABLE, C.G., ULIANA, R.L., BIRCH, H., FLEMING, E.W.:
Relationships of chlordiazepoxide blood levels to
psychological and biochemical responses; in: Garattini, S.,
Mussini, E., Randall, L.O. (eds.): The Benzodiazepines,
257-280,
Raven Press, New York, 1973
- GOTTSCHALK, L.A., STONE, W.N., GLESER, G.C.: Peripheral
versus central mechanisms accounting for anti-anxiety
effect of propranolol.
Psychosom. Med. 36, 47-56, 1974
- GOTTSCHALK, L.A., DINOVO, C., BIENER, R., BIRCH, H.:
Pharmacokinetics of chlordiazepoxide, meperidine, thiori-
dazine and mesoridazine and relationships with clinical
response.
World J. of Psychosynthesis 7, 23-27, 1975
- GOTTSCHALK, L.A., BIENER, R., NOBLE, E.P., BIRCH, H.,
WILBERT, D.E., HEISER, J.F.: Thioridazine plasma levels
and clinical response.
Compr. Psychiatry 16, 323-337, 1975
- GOTTSCHALK, L.A., ELLIOT, H.W.: Effects of triazolam and
flurazepam on emotions and intellectual function.
Res. Commun. Psychol. Psychiatry Behav. 1, 575-595, 1976

- GOTTSCHALK, L.A., DINOVO, E., BIENER, R., BIRCH, H.,
SYBER, M., NOBLE, E.P.: Plasma levels of mesoridazine
and its metabolites and clinical response in acute
schizophrenia after a single intramuscular dose; in:
Gottschalk, L.A., Merlis, S. (eds.): Pharmacokinetics
of psychoactive drugs: blood levels and clinical
response, Ch. III, 171-189.
Spectrum Publications Inc., New York, 1976
- GOTTSCHALK, L.A., ARONOW, W.S., PRAKASH, R.: Effect of
marihuana and placebo-marihuana smoking of psychological
state and on psychophysiological cardiovascular functioning
in anginal patients.
Biol. Psychiatry 12, 255-266, 1977
- GOTTSCHALK, L.A., COHN, J.B., MENNUTI, S.A.: Thioridazine
plasma levels and clinical response in five schizophrenic
patients receiving daily oral medication: Correlations
and the prediction of clinical response; in: Gottschalk, L.A.
(ed.): Pharmacokinetics of psychoactive drugs: further
studies. 455-469,
Spectrum Publications Inc., New York, 1979
- GROSS, G.: Neurochemie und klinische Psychiatrie.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 49, 34-42, 1981
- GROSS, G., HUBER, G., SCHÜTTLER, R., WAPPENSCHMIDT, I.:
Psychiatrische Krankheiten, computertomographische und
psychopathologische Befunde.
Med. Welt 31, 834-840, 1980
- GROSS, G., HUBER, G., SCHÜTTLER, R.: Übereinstimmungen und
Unterschiede in den Ergebnissen neuer Langzeitstudien bei
schizophrenen Kranken; in: Huber, G. (ed.): Schizophrenie,
Stand und Entwicklungstendenzen der Forschung. 4. Weißen-
auer Schizophrenie-Symposion 1980, 39-49,
Schattauer, Stuttgart, 1981
- HAASE, H.J.: Psychotherapie im Wirkungsbereich des psychia-
trischen Krankenhauses.
Peri-Med., Erlangen, 1980

- HÄFNER, H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Ein Beitrag über Forschungsergebnisse zur Frage der sozialen Ätiologie. Nervenarzt 42, 557-568, 1971
- HÄFNER, H., REIMANN, H., IMMICH, H., MARTINI, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Social Psychiatry 4, 126-135, 1969
- HAERLIN, C.: Beschäftigungs- und Arbeitstherapie; in: Frießen, D.H. (ed.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. 218-227, Fink, München, 1979
- HALEY, J.: Family of the schizophrenic: a modal system. J. Nerv. Ment. Dis. 129, 357-374, 1959
- HALEY, J.: An interactional description of schizophrenia. Psychiatry 22, 321-332, 1959
- HALEY, J.: Die Interaktion der Schizophrenen; in: Bateson, G. (ed.): Schizophrenie und Familie, 81-127, Suhrkamp, Frankfurt, 1978
- HARTMANN, E., KELLER-TESCHKE, M.: Biology of schizophrenia: Mental effects of dopamin- β -hydroxylase inhibition in normal men. Lancet Bd. I, 37-38, 1977
- HARTMANN, H.: Ich-Psychologie. Klett, Stuttgart, 1972
- HARTMANN, M.: Zur Dopamin-Hypothese in einem defekt-theoretischen Schizophrenie-Konzept. Psycho 8, 73-74, 1982
- HASSE-SANDER, I., GROSS, G., HUBER, G., PETERS, S., SCHÜTTLER, R.: Testpsychologische Untersuchungen in Basisstadien und reinen Residualzuständen schizophrener Erkrankungen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 231, 235-249, 1982
- HAU, T.F.: Frühkindliches Schicksal und Neurose. Vandenhoeck-Ruprecht, Göttingen, 1968

- HAU, T.F.: Psychosomatische Medizin in ihren Grundzügen.
Hippokrates, Stuttgart, 1973
- HAU, T.F., RUEPPEL, A.: Zur Familienkonstellation bei
psychosomatisch Erkrankten.
Ztschrift. f. Psychoth. u. med. Psychol. 16, 211-219, 1966
- HAWKS, D.V., MARSHALL, W.L.: Overinclusiv thinking and
concept identification in psychiatric patients and normals.
British Journal of Medical Psychology 45, 57-69, 1972
- HEIMANN, H., STRAUBE, E.: Psychophysiologische Untersuchungen
Schizophrener; in: Huber, G. (ed.): Schizophrenie, Stand
und Entwicklungstendenzen der Forschung, 4. Weißenauer
Schizophrenie-Symposion 1980 in Bad Godesberg, 235-245,
Schattauer, Stuttgart, 1981
- HIRSCH, S.R.: Eltern als Verursacher der Schizophrenie.
Nervenarzt 50, 337-345, 1979
- HOLLINGSHEAD, A.B., REDLICH, F.C.: Social stratification
and psychiatric disorder.
American Sociological Review 18, 163-169, 1953
- HUBER, G.: Klinik und Psychopathologie der organischen
Psychosen; in: Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, M.,
Strömgen, E. (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung
und Praxis. Bd II/2, 2. Aufl., 71-147,
Springer, Berlin, 1980
- HUBER, G.: Psychiatrie, 3. Aufl.
Schattauer, Stuttgart, 1981
- HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R.: Eine verlaufs- und
sozialpsychiatrische Langzeitstudie.
Springer, Berlin, 1979
- HUBER, G., ZERBIN-RÜDIN, E.: Schizophrenie, Erträge der
Forschung, 2. Aufl.
Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1980
- IVERSON, L.: Biochemical and pharmacological studies: the
dopamine hypothesis; in: Wing, J.K. (ed.): Schizophrenia,
towards a new synthesis, 89-116,
Academic Press, London, 1978

- JAFFÉ, J.: Language of the dyad: a method of interaction analysis in psychiatric interviews.
Psychiat. 21, 249-258, 1958
- JANSSEN, P.L.: Zu einigen psychotherapeutischen Aspekten der Beschäftigungstherapie in einer psychiatrischen Klinik.
Medizinische Psychologie 28, 183-193, 1978
- JANZ, H.W.: Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie. Grundlagen, Aufgaben, Ziele, Wirkungen und Grenzen, in: Jentschura, G., Janz, H.W. (eds.): Beschäftigungstherapie, Bd. 2, 1-21, Thieme, Stuttgart, 1979
- JANZARIK, W.: Wandlungen des Schizophrenie-Begriffes. Nervenarzt 49, 133-139, 1978
- JOHNSTONE, E., CROW, T., FRITH, C., HUSBAND, J.: Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia.
Lancet 2, 924-926, 1976
- JULOU, L., SCATTON, B., GLOWINSKI, J.: Acute and chronic treatment with neuroleptics: similarities and differences in their action on nigrostriatal, mesolimbic, mesocortical dopaminergic neurons.
Adv. Biochem. Psychopharmacol. 10, 617-624, 1977
- KARACAN, I., GOODENOUGH, D.R., SHAPIRO, A., STARKE, S.: Erection cycle during sleep in relation to dream anxiety. Arch. Gen. Psychiatry 15, 183-189, 1966
- KENDALL, R.E., BROCKINGTON, I.F., LEFF, J.P.: Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia.
Arch. Gen. Psychiatry 36, 25-31, 1979
- KEPPLER, K., LEMPP, R., PASCHEDAG, D., REBMANN, H.E., RUPP, R.: Die frühkindliche Anamnese der Schizophrenen. Nervenarzt 50, 719-724, 1979

- KLEIN, M.: Das Seelenleben des Kindes.
Klett, Stuttgart, 1962
- KLEIN, M.: Die Psychoanalyse des Kindes.
Kindler, München, 1973
- KLEINIG, G., MOORE, H.: Soziale Selbsteinschätzung (SSE),
ein Instrument zur Messung sozialer Schichten.
Kölner Zeitschrift f. Soziologie u. Sozialpsychologie 3,
503-522, 1968
- KLUG, J., REY, E.-R., WELZ, R.: Stabilitäten und Über-
gangswahrscheinlichkeiten psychiatrischer Diagnosen.
Monogr. Gesamtgeb. Psychiatr., Berlin 17, 195-208, 1978
- KOCH, U.: Möglichkeiten und Grenzen einer Messung von
Affekten mit Hilfe der inhaltsanalytischen Methode nach
Gottschalk und Gleser.
Medizinische Psychologie 6, 81-94, 1980
- KOCH, U., SCHÖFER, G.: Abhängigkeit aggressiver und
ängstlicher Affekte vom klinischen Setting. - Eine
Untersuchung an Patientenpaaren mit dem Gottschalk-
Gleser-Verfahren.
Zeitschrift f. klin. Psychol. 7, 110-125, 1978
- KOEHLER, K.: Konzepte und Kriterien der Schizophrenie-
diagnose in der gegenwärtigen englischsprachigen
Psychiatrie; in: Huber, G. (ed.): Schizophrenie, Stand
und Entwicklungstendenzen der Forschung, 4. Weißenauer
Schizophrenie-Symposium 1980, 85-93,
Schattauer, Stuttgart, 1981
- KORNHUBER, H.H.: Präventive Neurologie. Hirnforschung,
Grundlagen und Klinik: Symposium des SFB Hirnforschung
und Sinnesphysiologie zu Ehren Prof. R. Jung.
Freiburger Universitätsblätter 74, 26-29,
Rombach, Freiburg, 1981
- LAING, R.D.: Phänomenologie der Erfahrung.
Suhrkamp, Frankfurt, 1969
- LAING, R.D.: Interpersonelle Wahrnehmung.
Suhrkamp, Frankfurt, 1971

- LAING, R.D.: Das geteilte Selbst.
Kiepenheuer u. Witsch, Köln, 1972
- LAING, R.D.: Das Selbst und die anderen.
Suhrkamp, Frankfurt, 1973
- LAING, R.D.: Die Politik der Familie,
Kiepenheuer u. Witsch, Köln, 1974
- LAKE, C.R., STERNBERG, D.E., van KAMMEN, D.P., BALLER, J.C.,
ZIEGLER, M.G. POST, R.M., KOPIN, I.J., BUNNEY, W.:
Schizophrenia: elevated cerebrospinal fluid norepinephrine.
Science 207, 331-333, 1980
- LANGER, G., SACHAR, E.J., HALPERN, F.S., GRUEN, P.H.,
SOLOMON, M.: The prolaktin response to neuroleptic drugs.
A test of dopaminergic blockade: neuroendocrine studies
in normal men.
J. Endocrinol. Metabol. 45, 996-1002, 1977
- LANGFELDT, G.: Diagnosis and prognosis of schizophrenia.
Proc. Roy. Soc. Med. 53, 1047-1052, 1960
- LEFF, J.: Die Kombination von psychiatrischer Pharmako-
therapie mit Soziotherapie.
Nervenarzt 50, 501-509, 1979
- LEIGHTON, D.C.: The distribution of psychiatric symptoms
in a small town.
American J. of Psychology 112, 716-723, 1956
- LEVINE, M.I., BELL, A.: The treatment of "colic" in infancy
by the use of pacifier.
J. Pediat. 37, 750-755, 1950
- LEWIS, H.B.: Shame and guilt in neurosis.
International Universities, New York, 1971
- LIBERMAN, R.P., WALLACE, C., VAUGHN, C.E., SNYDER, K.L.:
Social and family factors in the course of schizophrenia.
Towards an interpersonal problem-solving therapy for
schizophrenics and their families. Vortrag zur Konferenz:
Psychotherapy of schizophrenic current status and new
directions, Manuskript,
Yale University, Camarillo/Calif. April 1979

- LIBERMAN, R.P., NUECHTERLEIN, K.J., WALLACE, C.J.: Social skills training and the nature of schizophrenia; in: Curran, J.P., Monti, P.M. (eds.): Social skills training. A practical handbook for assessment and treatment, 1-62, Guilford Press, New York, 1981
- LIDZ, R.: Der gefährdete Mensch. Fischer, Frankfurt, 1976
- LIDZ, T.: Zur Familienumwelt des Schizophrenen. Psyche Bd. XIII, 243-267, 1959
- LIDZ, T.: Irrationalität als Familientradition. Psyche Bd. XIII, 315-329, 1959
- LIDZ, T.: Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe; in: Bateson, G. (ed.): Schizophrenie und Familie, 108-126, Suhrkamp, Frankfurt, 1969
- LIDZ, T.: Familie und psychosoziale Entwicklung, Fischer, Frankfurt, 1971
- LIDZ, T.: Der Einfluß der Familienuntersuchung auf die Behandlung der Schizophrenie. Psyche Bd. XXVI, 169-190, 1972
- LIDZ, T., LIDZ, R.: The family environment of schizophrenic patients. Amer. J. Psychiat. 106, 332-345, 1949
- LIDZ, T., CORNELISON, A., FLECK, S., TERRY, D.: Marital schism and marital skew. Amer. J. Psychiat. 114, 241-248, 1957
- LIDZ, T., CORNELISON, A., FLECK, S., TERRY, D.: Die intra-familiäre Umwelt des Schizophrenen - Der Vater. Psyche Bd. XIII 268-286, 1959
- LORENZEN, D.: Überlegungen zur Effektivität von Münzverstärkungsprogrammen zur Rehabilitation langdauernd hospitalisierter Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern; in: Kranz, H., Heinrich, K. (eds.): Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie, 99-113, Schattauer, Stuttgart, 1977

- LOVELAND, N.T.: The family Rorschach. A new method for studying family interaction.
Family Process 2, 187-215, 1963
- LUBORSKY, L., DOCHERTY, T., TODD, T., KNAPP, P., MIRSKY, A., GOTTSCHALK, L.A.: A context analysis of psychological states prior to petit mal EEG paroxysms.
J. Nerv. Ment. Dis. 160, 282-298, 1975
- LUCIUS, G., KOCH, U.: Psychiatrische Therapie und soziale Rehabilitation; in: Minsel, W.R., Scheller, R.: Brennpunkte der klinischen Psychologie: Rehabilitation, 11-33, Kösel, München, 1982
- MAHL, G.F.: Disturbance and silence in the patient's speech in psychotherapie.
J. Abnorm. Soc. Psychol. 53, 1-15, 1956
- MAHLER, M.: Symbiose und Individuation.
Fischer, Frankfurt, 1978
- MALZBERG, B.: Social and biological aspects of mental disease.
Utica, New York, 1940
- MARSHALL, W.L.: Cognitive functioning in schizophrenia.
British Journal of Psychiatry 123, 413-433, 1973
- MATUSSEK, N.: Stoffwechselfathologie der Zykllothymie und Schizophrenie; in: Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, C., Strömgen, E. (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. I/2, 2. Aufl., 65-113,
Springer, Berlin, 1980
- MATUSSEK, P.: Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen.
Arch. f. Psychiat. u. Zeitschrift f. ges. Neur. 197, 91-120, 1958
- MATUSSEK, P.: Psychiatrie schizophrener Psychosen.
Hofmann und Kampe, Hamburg, 1976

- MEDNICK, S.A.: A learning theory approach to research in schizophrenia.
Psychological Bulletin 55, 316-327, 1958
- MÖLLER, H.J., ZERSSEN, D.v., WÜSCHNER-STOCKHEIM, M.,
WERNER-EILERT, K.: Die prognostische Bedeutung psychopathometrischer Aufnahme- und Entlassungsbefunddaten schizophrener Patienten.
Arch. Psychiatr. Nervenkr. 231, 13-34, 1981
- MÖLLER, H.J., WERNER-EILERT, K., WÜSCHNER-STOCKHEIM, M.,
ZERSSEN, D.v.: Relevante Merkmale für die 5-Jahres-Prognose von Patienten mit schizophrenen und verwandten paranoiden Psychosen.
Arch. Psychiatr. Nervenkr. 231, 305-322, 1982
- MOZDZIERZ, G.J., KRAUSS, H.H., FINCH, B., REISINGER, C.:
Discrimination between schizophrenics and normals with social alienation - personal disorganization scale.
J. Clin. Psychol. 30, 85-87, 1974
- MÜLLER, P.: Zur Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen.
Enke, Stuttgart, 1982
- MUNDT, Ch., RADÜ, W., GLÜCK, E.: Computertomografische Untersuchung der Liquorräume an chronisch schizophrenen Patienten.
Nervenarzt 51, 743-748, 1980
- MUZEKARI, L.H., BATES, M.E.: Judgement of emotion among chronic schizophrenics.
J. of Clinical Psychology 33, 662-666, 1977
- PASAMANICK, B., ROBERTS, D.W., LEMKAU, P.W., KRUEGER, D.B.:
A survey of mental disease in an urban population: Prevalence by race and income; in: Pasamanick, B. (ed.): Epidemiology of mental disorder, 183-191,
Univ. Press, Washington D.C., 1959
- PAYNE, R.W., HAWKS, D.V., FRIEDLAENDER, D., HART, D.S.:
The diagnostic significance of overinclusive thinking in an unselected psychiatric population.
British Journal of Psychiatry 120, 173-182, 1972

- PIRO, S.: Il linguaggio schizofrenico.
Feltrinelle, Milano, 1967
- POLIAKOV, J.: Schizophrenie und Erkenntnistätigkeit.
Hippokrates, Stuttgart, 1973
- PRAKASH, R., ARONOW, W.S., WARREN, M., LAVERTY, W.,
GOTTSCHALK, L.A.: Effect of marihuana smoking on hemodynamics in coronary disease.
Clin. Pharma and Therapeutics 18, 90-95, 1975
- RAD, M.v., DRUCKE, M., KNAUSS, W., LOLAS, F.: Alexithymia:
A comparative study of verbal behaviour in psychosomatic and psychoneurotic patients; in: Gottschalk, L.A. (ed.): Content analysis of verbal behaviour, further studies, 643-674,
Spectrum Publications Inc., New York, 1979
- RAD, M.v., LOLAS, F.: Zur Situationsabhängigkeit des Sprachverhaltens psychosomatisch Kranker, inhaltsanalytische Studien; in: Schöfer, G., Koch, U. (eds.): Die Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse, Bd. 2: Empirische Studien mit den Angst- und Aggressionsskalen,
in Vorbereitung
- REICHARD, S., TILLMAN, C.: Patterns of parent-child relationship in schizophrenia.
Psychiatry 13, 246-257, 1950
- RICHTER, H.E.: Eltern, Kind und Neurose.
Rowohlt, Hamburg, 1969
- RICHTER, H.E.: Patient Familie.
Rowohlt, Hamburg, 1970
- RIEMANN, F.: Grundformen helfender Partnerschaft.
Pfeiffer, München, 1974
- ROSEN, J.M.: Psychotherapie der Psychosen.
Hippokrates, Stuttgart, 1962
- RUCKSTUHL, U.: Schizophrenie-Forschung, die theoretischen und empirischen Beiträge der experimentellen Psychologie.
Beltz, Weinheim, 1981

- SALZINGER, K., PORTNOY, S., FELDMAN, R.S.: Communicability deficit in schizophrenics resulting from a more general deficit; in: Schwartz, S. (ed.): Language and cognition in schizophrenia.
Erlbaum, Hillsdale, 1978
- SCHERER, K.R., WALLBOTT, H.G.: Nonverbales Verhalten.
Beltz, Weinheim, 1979
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie, 9. Aufl.,
Thieme, Stuttgart, 1971
- SCHÖFER, G.: Erfassung affektiver Veränderungen im Psychotherapie-Verlauf durch die Gottschalk-Gleser-Inhaltsanalyse.
Zeitschrift f. klin. Psychol. u. Psychother. 25,
203-217, 1977
- SCHÖFER, G.: Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse: Theorie und Praxis, Studien zur Messung ängstlicher und aggressiver Affekte.
Beltz, Basel, 1980
- SCHÖFER, G., BALCK, C., KOCH, U.: Possible applications of the Gottschalk-Gleser content analysis of speech in psychotherapy research; in: Gottschalk, L.A. (ed.): Content analysis of verbal behaviour: Further studies, 855-870,
Spectrum Publications Inc., New York, 1979
- SCHÖFER, G., KOCH, U., BALCK, F.: The Gottschalk-Gleser content analysis of speech: A normative study (the relationship of hostile and anxious affects to sex, sex of interviewer, socioeconomic class and age); in: Gottschalk, L.A. (ed.): Content analysis of verbal behaviour: Further studies, 95-118,
Spectrum Publications Inc., New York, 1979
- SCHÖFER, G., KOCH, U., BALCK, F.: Test criteria of the Gottschalk-Gleser content analysis of speech: Objectivity, reliability, validity in German studies; in: Gottschalk, L.A. (ed.): Content analysis of verbal behaviour: Further studies, 119-146,
Spectrum Publications Inc., New York, 1979

- SCHÖFER, G., MÜLLER, L., KEREKJARTO, M.v.: Differenzierung psychosomatischer Krankheitsgruppen mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse.
Med. Psychol. 5, 1-38, 1979
- SCHULTE, W., TÖLLE, R.: Psychiatrie, 2. Aufl.
Springer, Berlin, 1973
- SCHULTZ-HENCKE, H.: Der gehemmte Mensch, 3. Aufl.
Thieme, Stuttgart, 1969
- SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1970
- SCHULZ, R.: Körpereigene Opiat-Endorphine.
Dt. Ärzteblatt 75, 2255-2260, 1978
- SCHWARZ, R.: Zur Diagnose der Schizophrenie.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 48, 67-72, 1980
- SCHWIDDER, W.: Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung.
Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatrie, Beiheft 5, Göttingen, 1965
- SEARLES, H.F.: Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenie-Forschung.
Kindler, München, 1976
- SEARLES, H.F.: Das Bestreben, den anderen verrückt zu machen - ein Element in der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenie; in: Bateson, G. (ed.): Schizophrenie und Familie, 128-167,
Suhrkamp, Frankfurt, 1978
- SEITZ, A.: Interpersonelle Wahrnehmung bei Eltern mit einem schizophrenen und einem gesunden Kind.
Dissertation, Hamburg, 1977
- SHAKOW, D.: Segmental set: The adaptive process in schizophrenia.
American Psychologist, 32, 129-139, 1977

- SHANNON, A.: Differences between schizophrenics and depressives in the recognition of facial expressions of emotion.
Doctoral dissertation, University of California, San Francisco, 1970
- SHIMKUNAS, A.M.: Reciprocal shifts in schizophrenic thought processes.
J. of Abnorm. Psychology 76, 423-426, 1970
- SILBERGELD, S., BRAST, N., NOBLE, E.P.: The menstrual cycle. A double-blind study of mood, behaviour and biochemical variables with: Enovid and a placebo.
Psychosom. Med. 33, 311-428, 1971
- SILBERGELD, S., MANDERSCHIED, R.W., O'NEILL, P.H.: Free association anxiety and hostility: View from a junior high school.
Psychol. Reports 37, 495-504, 1975
- SILBERGELD, S., MANDERSCHIED, R.W., O'NEILL, P.H., LAMPRECHT, F., LORENTZ, K.Y.: Changes in serum dopamin-hydroxylase activity during group therapy.
Psychosom. Med. 37, 352-359, 1975
- SILVERMAN, J.: Altered states of consciousness: Positive and negative outcomes.
Journal of altered states of consciousness 2, 295-317, 1975
- SPACE, L.G., CROMWELL, R.L.: Personal constructs among schizophrenic patients; in: Schwartz, S. (ed.): Language and cognition in schizophrenia.
Erlbaum, Hillsdale, 1978
- SPITZ, R.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehung.
Klett, Stuttgart, 1959
- SPITZ, R.: Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation.
Klett, Stuttgart, 1970
- SPITZ, R.: Vom Säugling zum Kleinkind.
Klett, Stuttgart, 1972

- SÜLLWOLD, L., GENTZ, K.: Überlegungen zu einer mehr spezifischen Psychotherapie bei schizophrenen Erkrankten; in: Reimer, F. (ed.): Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus, 51-58, Thieme, Stuttgart, 1978
- SULLIVAN, H.S.: Schizophrenia as a human process. Norton, New York, 1953
- SUNDBY, P.: Occupation and insanity. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 106, 276-287, 1956
- TEUSCH, L.: Psychotherapeutischer Prozeß und Basisstörungen in der Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten. Psycho 8, 13-14, 1982
- TOLZ, R.D.: Paranoia and the politics of inflammatory rhetoric; in: Gottschalk, L.A. (ed.): Content analysis of verbal behaviour: Further studies, 953-977, Spectrum Publications Inc., New York, 1979
- TOMAN, W.: Familienkonstellation. Beck, München, 1974
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.: The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. Brit. J. soc. clin. Psychol. 15, 157-165, 1976
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.: The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Br. J. Psychiat. 129, 125-137, 1976
- VENABLES, P.H.: Die Psychophysiologie der Schizophrenie. Nervenarzt 49, 625-633, 1978
- VENABLES, P.H.: Cognitive disorder; in: Wing, J.K. (ed.): Schizophrenia, towards a new synthesis, 117-137. Academic Press, London, 1978
- VOLKAN, V.: Psychoanalyse der frühen Objektbeziehungen. Klett, Stuttgart, 1978

- WALKER, E., MARWIT, S., EMORY, E.: A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics.
J. of Abnorm. Psychology 89, 428-436, 1980
- WEINBERGER, D., FORREY, E., NEOPHYTIDES, A., WYATT, R.: Lateral cerebral ventricular enlargement in chronic schizophrenia.
Arch. Gen. Psy
- WING, J.K., COOPER, J.E., SARTORIUS, N.: Description and classification of psychiatry symptoms.
University Press, Cambridge, 1974
- WINGET, C.N., KAPP, F.T.: The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primiparae.
Psychosom. Med. 34, 313-320, 1972
- WINGET, C.N., SELIGMAN, R., RAUH, J.L., GLEESER, C.G.: Social alienation-personal disorganisation assessment in disturbed and normal adolescents.
J. Nerv. Ment. Dis. 167, 282-287, 1979
- WINNICOTT, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt.
Kindler, München, 1974
- WYATT, R.J., BELMAKER, R., MURPHY, D.L.: Low platelet monamine oxidase and vulnerability to schizophrenia.
Med. Probl. Pharmacopsychiatry 10, 38-56, 1975
- WYNNE, L.C.: Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics.
Psychiatry 21, 205-220, 1958
- WYNNE, L.C.: Die Verteidigung stereotyper Rollen in den Familien von Schizophrenen; in: Bateson, G. (ed.): Schizophrenie und Familie, 168-180,
Suhrkamp, Frankfurt, 1969
- WYNNE, L.C.: Indikationen und Kontraindikationen für exploratorische Familientherapie.
Familientherapie - Theorie und Praxis, Bd. 2, 53-89,
Reinbeck bei Hamburg, 1975

WYNNE, L.C., SINGER, M.: Denkstörung und Familienbeziehung bei Schizophrenen.

Psyche XIX, 82-160, 1965

WYNNE, L.C., RYKOFF, I.M., DAY, J., HIRSCH, S.J.:

Pseudogemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen; in: Bateson, G. (ed.): Schizophrenie und Familie, 44-80,

Suhrkamp, Frankfurt, 1969

YARROW, L.J.: Maternal deprivation.

Psych. Bull. 53, 459-490, 1961

YATES, A.J., KORBOOT, P.: Speed of perceptual functioning in chronic nonparanoid schizophrenics.

J. of Abnorm. Psychology 76, 453-461, 1970

ZERBIN-RÜDIN, E.: Das Anlage-Umwelt-Problem bei der Entstehung der Schizophrenien.

Nervenarzt 42, 613-622, 1971

ZERBIN-RÜDIN, E.: Gegenwärtiger Stand der Zwillings- und Adoptionsstudien zur Schizophrenie.

Nervenarzt 51, 379-391, 1980

A n h a n g

Signifikante Ergebnisse der Sozialdatenanalyse

Tabelle 100

Zusammenhang zwischen sozialem Umfeld vor der Aufnahme und
Diagnosegruppen

Soziales Umfeld vor der Aufnahme Diagnose	übermäß. belastet	ausge- lastet	Pflege
paranoid-hall.Psychose	1	13	4
Hebephrenie	1	7	2
Katatonie	1	4	4
Schizophrenia simplex	2	3	3
coenästhetische Schizo	0	2	5
schizoaffektive Psychose	1	6	4
Pfropfschizophrenie	2	3	4
chronische Schizophrenie	0	0	8
	DF	Cont-Coeff	P
	14	0,481	0,044

Tabelle 101

Zusammenhang zwischen sozialem Umfeld nach der Entlassung
und Diagnosegruppen

Soziales Umfeld nach der Entlassung Diagnose	übermäß. belastet	ausge- lastet	Pflege
paranoid-hall. Psychose	1	13	4
Hebephrenie	1	8	1
Katatonie	1	3	5
Schizophrenia simplex	2	3	3
coenästhetische Schizo	0	1	6
schizoaffektive Psychose	1	6	4
Pfropfschizophrenie	1	4	4
chronische Schizophrenie	0	0	8
	DF	Cont-Coeff	P
	14	0,511	0,012

Tabelle 102

Zusammenhang zwischen Veränderung des sozialen Umfelds und
Diagnosegruppen

Veränderung des sozialen Umfelds Diagnose	gleich pflege- bedürftig	neu pflege- bedürftig	voll arbeits- fähig
paranoid-hall. Psychose	4	0	14
Hebephrenie	1	0	9
Katatonie	4	1	4
Schizophrenia simplex	3	0	5
coenästhetische Schizo	4	2	1
schizoaffektive Psychose	3	1	7
Pfropfschizophrenie	4	1	4
chronische Schizophrenie	7	1	0
	DF	Cont-Coeff	P
	14	0,510	0,013

Tabelle 103

Zusammenhang zwischen beruflichem Umfeld nach der Entlassung
und Diagnosegruppen

Berufliches Umfeld nach der Entlassung Diagnose	arbeits- fähig	Rentner
paranoid-hall. Psychose	14	4
Hebephrenie	0	1
Katatonie	4	5
Schizophrenia simplex	5	3
soenästhetische Schizophrenie	1	6
schizoaffektive Psychose	8	3
Pfropfschizophrenie	5	4
chronische Schizophrenie	0	8

	DF	Cont-Coeff
	7	0,490
		P
		0,0007

Tabelle 104

Zusammenhang zwischen Berufsgruppen und Diagnosegruppen

Beruf Diagnose	mittlerer Ange- stellter	unterer Ange- stellter	Haus- frau	Rentner
paranoid-hall.Psychose	5	4	6	3
Hebephrenie	3	2	0	1
Katatonie	1	1	1	5
Schizophrenia simplex	1	3	1	2
coenästhetische Schizo	1	1	0	5
schizoaffektive Psychose	6	1	0	2
Pfropfschizophrenie	1	3	3	2
chronische Schizophrenie	0	0	0	8

	DF	Cont-Coeff	P
	21	0,609	0,0036

Tabelle 105
 Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Diagnose-
 gruppen

Schicht Diagnose	Ober- schicht	Mittel- schicht	Unter- schicht
paranoid-hall.Psychose	0	9	9
Hebephrenie	4	4	2
Katatonie	1	7	1
Schizophrenia simplex	1	5	2
coenästhetische Schizo	1	5	1
schizoaffektive Psychose	5	6	2
Paropschizophrenie	1	0	8
chronische Schizophrenie	1	2	5
	DF	Cont-Coeff	P
	14	0,521	0,007

Tabelle 106

Zusammengang zwischen Alter bei der Aufnahme und Diagnosegruppen

Alter bei der Aufnahme Diagnose	bis 35 Lj	36 Lj bis 50 Lj	über 50 Lj
paranoid-hall.Psychose	6	5	7
Hebephrenie	10	0	0
Katatonie	4	2	3
Schizophrenia simplex	3	5	0
coenästhetische Schizo	2	4	1
schizoaffektive Psychose	4	3	4
Pfropfschizophrenie	4	5	0
chronische Schizophrenie	0	3	5
	DF	Cont.-Coeff	P
	14	0,549	0,0017

Tabelle 107

Zusammenhang zwischen Alter bei der ersten Aufnahme und Diagnosegruppen

Alter bei erster Aufnahme Diagnose	bis 35 Lj	36 Lj bis 50 Lj	über 50 Lj
paranoid-hall. Psychose	8	6	4
Hebephrenie	10	0	0
Katatonie	8	1	0
Schizophrenia simplex	6	2	0
coenästhetische Schizo	6	1	0
schizoaffektive Psychose	5	5	1
Pfropfschizophrenie	9	0	0
chronische Schizophrenie	4	4	0
	DF	Cont-Coeff	P
	1/4	0,505	0,016

Tabelle 108

Zusammenhang zwischen Art der Zwischenmedikation und Diagnosegruppen

Zwischenmedikation Diagnose	regel- mäßig	unregel- mäßig	keine
paranoid-hall. Psychose	2	8	8
Hebephrenie	4	3	3
Katatonie	1	4	4
Schizophrenia simplex	4	2	2
coenästhetische Schizo	6	1	0
schizoaffektive Psychose	1	7	3
Pfropfschizophrenie	5	3	1
chronische Schizophrenie	7	1	0
	DF	Cont-Coeff	P
	16	0,532	0,004

Tabelle 109

Zusammenhang zwischen Isolierung und Diagnosegruppen

Isolierung Diagnose	Isolierung	keine
paranoid-hall. Psychose	17	1
Hebephrenie	9	1
Katatonie	2	7
Schizophrenia simplex	7	1
coenästhetische Schizo	4	3
schizoaffektive Psychose	7	4
Pfropfschizophrenie	6	3
chronische Schizophrenie	5	3
	DF	Cont-Coeff p
	7	0,441 0,007

Tabelle 110
Zusammenhang zwischen Unterbringung und Diagnosegruppen

Unterbringung Diagnose	Unter- bringung	frei- willig
paranoid-hall.Psychose	2	16
Hebephrenie	0	10
Katatonie	6	3
Schizophrenia simplex	0	2
coenästhetische Schizophrenie	1	6
schizoaffektive Psychose	1	10
Pfropfschizophrenie	2	7
chronische Schizophrenie	2	6
	DF	Cont-Coeff
	2	0,451
		0,001

Tabelle 111

Zusammenhang zwischen Anzahl der Medikamente und Diagnosegruppen

Anzahl der Medikamente Diagnose	bis 2	3 und 4	über 4
paranoid-hall.Psychose	9	8	0
Hebephrenie	5	5	0
Katatonie	1	7	1
Schizophrenia simplex	4	4	0
coenästhetische Schizo	2	3	2
schizoaffektive Psychose	2	5	4
Pfropfschizophrenie	0	8	1
chronische Schizophrenie	5	2	1
Quelle	DF	Cont-Coeff	P
	14	0,501	0,022

Tabelle 112

Zusammenhang zwischen Medikamentenkombination und
Diagnosegruppen

Medikamentenkombination Diagnose	Mono- therapie	Kombina- tions- therapie	Wechsel der Therapie
paranoid-hall.Psychose	5	9	3
Hebephrenie	1	8	1
Katatonie	0	4	5
Schizophrenia simplex	3	4	1
coenästhetische Schizo	1	2	4
schizoaffektive Psychose	1	2	2
Pfropfschizophrenie	0	6	3
chronische Schizophrenie	1	6	1
Quelle	DF	Cont-Coeff	P
	14	0,503	0,02

Tabelle 113

Zusammenhang zwischen Alter bei der Aufnahme und Alter bei der ersten Aufnahme

Alter bei der Aufnahme Alter bei erster Aufnahme	bis 35 Lj	36 Lj bis 50 Lj	über 50 Lj
bis 35 Lj	33	19	4
36 Lj bis 50 Lj	0	8	11
über 50 Lj	0	0	5

	DF	Cont-Coeff	P
	4	0,590	0,000

Tabelle 114

Zusammenhang zwischen Soziales Umfeld vor der Aufnahme und Alter bei der ersten Aufnahme

Soziales Umfeld vor der Aufnahme Alter bei der Aufnahme	übermäß. belastet	ausge- lastet	Pflege
bis 35 Lj	4	10	10
36 Lj bis 50 Lj	4	11	8
über 50 Lj	0	4	16

	DF	Cont-Coeff	P
	4	0,406	0,002

Tabelle 115

Zusammenhang zwischen Alter bei der Aufnahme und sozialem Umfeld nach der Entlassung

Alter bei der Aufnahme Soziales Umfeld n.E.	bis 35 Lj	36 Lj bis 50 Lj	über 50 Lj
übermäßig belastet	4	3	0
ausgelastet	20	14	4
Pflege	9	10	16
	DF Cont-Coeff P		
	0,399 0,004		

Tabelle 116

Zusammenhang zwischen beruflichem Umfeld nach der Entlassung und Alter bei der Aufnahme

Berufliches Umfeld nach der Entlassung Alter bei der Aufnahme	arbeits- fähig	Rentner
bis 35 Lj		
36 Lj bis 50 Lj	10	10
über 50 Lj	4	16
	DF Cont-Coeff P	
	0,411 0,0003	

Tabelle 117

Zusammenhang zwischen Alter bei der Aufnahme und Veränderung des sozialen Umfeldes

Alter bei der Aufnahme Veränderung des soz. Umfeldes	bis 35 Lj	36 Lj bis 50 Lj	über 50 Lj
gleich pflegebedürftig	8	7	15
neu pflegebedürftig	1	4	1
voll arbeitsfähig	24	16	4

	DF	Cont-Coeff	P
	4	0,441	0,0007

Tabelle 118

Zusammenhang zwischen sozialem Umfeld vor der Aufnahme und Zwischenmedikation

Soziales Umfeld vor der Aufnahme Zwischenmedikation	übermäß. belastet	ausge- lastet	Pflege
regelmäßig	2	10	18
unregelmäßig		13	14
keine	4	15	2

	DF	Cont-Coeff	P
	4	0,385	0,007

Tabelle 121

Zusammenhang zwischen Art der Zwischenmedikation und Veränderung des sozialen Umfeldes

Zwischenmedikation Veränderung des soz. Umfeldes	regel- mäßig	unregel- mäßig	keine
gleich pflegebedürftig	16	12	2
neu pflegebedürftig	3	2	1
voll. arbeitsfähig	11	15	18
	DF	Cont-Coeff	P
	4	0,367	0,014

Tabelle 122

Zusammenhang zwischen beruflichem Umfeld nach der Entlassung und sozialem Umfeld vor der Aufnahme

Berufliches Umfeld vor der Entlassung	arbeits- fähig	Rentner	
Soziales Umfeld vor der Aufnahme			
übermäßig belastet	8	0	
ausgelastet	36	2	
Pflege	2	32	
	DF	Cont.-Coeff	P
	2	0,668	0,000

Tabelle 123

Zusammenhang zwischen sozialem Umfeld vor der Aufnahme und
sozialem Umfeld nach der Entlassung

Soziales Umfeld vor der Aufnahme	übermäß. belastet	ausge- lastet	Pflege
Soziales Umfeld n.E.			
übermäßig belastet		0	0
ausgelastet	1	46	1
FSI	1	2	33
	Cont-Coeff		
		1,000	

Tabelle 124

Zusammenhang zwischen sozialem Umfeld vor der Aufnahme und
Veränderung des sozialen Umfelds

Soziales Umfeld vor der Aufnahme	übermäß. belastet	ausge- lastet	Pflege
Veränderung des sozialen Umf.			
gleich pflegebedürftig	1	0	70
neu pflegebedürftig	2	2	2
voll arbeitsfähig	-	3	1
	Cont-Coeff		
		1,000	

Tabelle 125
Zusammenhang zwischen Isolierung und Dauer des Schubes

Isolierung Dauer des Schubes	Isolierung	keine
bis 2 Wochen	24	3
über 2 bis 5 Wochen	22	7
über 5 Wochen	11	13
	DF	Cont-Coeff P
	2	0,360 0,0025

Tabelle 126
Zusammenhang zwischen Isolierung und Dauer des Aufenthaltes

Isolierung Dauer des Aufenthaltes	Isolierung	keine
bis 6 Wochen	33	5
über 6 bis 12 Wochen	15	6
über 12 Wochen	9	12
	DF	Cont-Coeff P
	2	0,371 0,0017

Tabelle 127

Zusammenhang zwischen Anzahl der Medikation und Dauer des Aufenthaltes

Anzahl der Medikation Dauer des Aufenthaltes	bis 2	3 und 4	über 4
bis 6 Wochen	22	15	0
über 6 bis 12 Wochen	4	14	3
über 12 Wochen	2	13	6
DF Cont-Coeff P			
4 0,470 0,0001			

Tabelle 128

Zusammenhang zwischen Medikamentenkombination und Dauer des Aufenthaltes

Medikamentenkombination Dauer des Aufenthaltes	Mono- therapie	Kombina- tions- therapie	Wechsel der Therapie
bis 6 Wochen	16	11	0
über 6 bis 12 Wochen	7	11	0
über 12 Wochen	1	5	15
DF Cont-Coeff P			
4 0,524 0,000			

Tabelle 129

Zusammenhang zwischen Anzahl der Medikation und Dauer des Schubes

Anzahl der Medikation Dauer des Schubes	bis 2	3 und 4	über 4
bis 2 Wochen	16	10	0
über 2 bis 5 Wochen	10	17	2
über 5 Wochen	2	15	7
	DN	Cont-Coeff	P
	4	0,464	0,0002

Tabelle 130

Zusammenhang zwischen Medikamentenkombination und Dauer des Schubes

Medikamentenkombination Dauer des Schubes	Mono- therapie	Kombina- tions- therapie	Wechsel der Therapie
bis 2 Wochen	7	18	1
über 2 bis 5 Wochen	4	13	
über 5 Wochen	1	5	18
	DN	Cont-Coeff	P
	4	0,531	0,000

Tabelle 131

Zusammenhang zwischen Kontakt zu den Angehörigen und Dauer des Schubes

Kontakt zu den Angehörigen Dauer des Schubes	seltener	mit
bis 2 Wochen	12	15
über 2 bis 5 Wochen	21	8
über 5 Wochen	1	7
	D ² Kont-Coeff. F	
	0 0,250 0,050	

Tabelle 132

Zusammenhang zwischen Ausgewogenheit des Geschlechtes der
Geschwister in der Genese und der Diagnosegruppen

Ausgewogenheit des Geschlechtes der Geschwister in der Genese	ausge- wogen	unausge- wogen
Diagnose		
paranoid-hall. Psychose	0	10
Hebephrenie	0	7
Katatonie	1	4
Schizophrenia simplex	1	2
coenästhetische Schizo	0	4
schizoaffektive Psychose	2	6
Pfropfschizophrenie	2	4
chronische Schizophrenie	3	2
	D ^W	Cont-Coeff P
	7	0,445 0,10

Tabelle 133

Zusammenhang zwischen Ausgewogenheit des Geschlechtes der Geschwister in der Genese und Dauer des Schubes

Ausgewogenheit des Geschlechts der Geschwister in der Genese Dauer des Schubes	ausge- wogen	unausge- wogen
bis 2 Wochen	1	8
über 2 bis 5 Wochen	2	14
über 5 Wochen	1	12
	Cont-Coeff. 1	
	0,125 0,020	

Tabelle 134

Zusammenhang zwischen Ausgewogenheit des Geschlechtes der Geschwister in der Genese und Dauer des Aufenthaltes

Ausgewogenheit des Geschlechts der Geschwister in der Genese Dauer des Aufenthaltes	ausge- wogen	unausge- wogen
bis 6 Wochen	1	8
über 6 bis 12 Wochen	2	14
über 12 Wochen	1	12
	Cont-Coeff. 1	
	0,125 0,020	

Tabelle 135

Zusammenhang zwischen Anzahl an belastenden Faktoren aus der Genese und Medikamentenkombination

Anzahl an belastenden Faktoren aus der Genese Medikamentenkombination	bis 3	4 bis 6	über 6
Monotherapie	9	1	0
Kombinationstherapie	17	18	3
Wechsel der Therapie	15	10	0

	DF	Cont-Coeff	P
	4	0,323	0,073

